**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

GILCÉRIA TOCHIKA SHIMODA

**NECESSIDADES DE SAÚDE DE MULHERES EM PROCESSO
DE AMAMENTAÇÃO**

SÃO PAULO

2009

GILCÉRIA TOCHIKA SHIMODA

NECESSIDADES DE SAÚDE DE MULHERES EM PROCESSO
DE AMAMENTAÇÃO

Tese apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em
Enfermagem na Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo, para obtenção do
Título de Doutor em Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Isilia Aparecida Silva

SÃO PAULO

2009

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

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Shimoda, Gilcéria Tochika

Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. / Gilcéria Tochika Shimoda. – São Paulo, 2009.
230 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Isilia Aparecida Silva

1. Aleitamento materno 2. Enfermagem materno-infantil 3.
Saúde da mulher I. Título

Nome: Gilcéria Tochika Shimoda

Título: Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação

Tese apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em
Enfermagem na Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo, para obtenção do
Título de Doutor em Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem Obstétrica e Neonatal

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

À minha família, meu porto seguro.

À Isília, que acompanha o meu caminhar com a segurança de sempre.

Ao meu tio Armenio, que me possibilitou ser a profissional de hoje.

*Às mulheres deste estudo, que me cederam um pedaço de suas vidas, sorriram e
choraram, sem pedir nada em troca.*

Agradecimentos

À Prof.^a Dr.^a Isília Aparecida Silva, pela orientação sempre segura, pela confiança em mim depositada e pela amizade de tantos anos.

À Prof.^a Dr.^a Neide de Souza Praça e Prof.^a Dr.^a Elisabeth Meloni Vieira, pelas contribuições no Exame de Qualificação.

À minha família, pelo apoio e compreensão nos momentos difíceis.

À Ilva Marico Mizumoto Aragaki, chefe do Alojamento Conjunto, pelo apoio, pela compreensão com relação à escala de trabalho, pelo auxílio na coleta e transcrição dos dados, pela troca de experiências e pela amizade.

Às enfermeiras e amigas do Alojamento Conjunto, Adriana, Ana Paula, Atsuko, Caterina, Cleusa, Edilene, Luciana, Marcia, Suzete e Vanessa, pelo apoio, incentivo e, principalmente, pela compreensão e disponibilidade para cobrir os plantões em que eu precisei estar ausente.

Aos técnicos e auxiliares de enfermagem do Alojamento Conjunto, à Bianca e Maria, pelo apoio, incentivo e amizade.

Ao Departamento de Enfermagem do H^U-USP pelo estímulo e incentivo ao desenvolvimento profissional.

À Alda Valeria Neves Soares, diretora da Divisão Materno Infantil do H^U-USP, pelo incentivo e amizade.

À minha sobrinha Patricia Akemi Nakagawa, pelo auxílio na transcrição das entrevistas e apoio e incentivo nos momentos difíceis.

À minha sobrinha Vanessa Terumi Miura, pela edição da fotografia utilizada neste estudo.

À Mariana Polizeli, pelo auxílio na coleta e transcrição dos dados.

Ao Clovis Arlindo de Sousa, por montar o banco de dados e pelo auxílio e orientação para a realização do tratamento estatístico deste estudo.

Aos amigos do H^U-USP, pelo incentivo e apoio.

Às amigas do NEPAL, pela troca de experiências, pelo apoio e incentivo.

À Fabiana, Rosangela e Jeanine, por compartilharem seus conhecimentos, pelo apoio e amizade.

Ao Dr. Rubens Kon, enfermeira Reneide Ramos e demais funcionários do CSE Butantã, pelo acolhimento e atenção dispensada durante o período de coleta de dados.

Aos funcionários da biblioteca da EEUSP, pelo auxílio na consulta ao acervo.

À Sonia Maria Gardim, pela realização da ficha catalográfica.

À Nadir Aparecida Lopes, pela revisão das referências bibliográficas.

Aos professores da EEUSP, responsáveis pela minha formação, pelo incentivo.

Ao Rafael Salla e Cláudia, pela disponibilidade e atenção.

À Marcia Wearn, pela revisão do resumo em inglês e pela amizade e incentivo.

À Roberta, Patricia e Bianca, pela amizade, incentivo e apoio nos momentos difíceis.

Aos funcionários do Serviço de Pós-Graduação da EEUSP, pela atenção e acolhimento.

Aos demais funcionários da EEUSP, pela atenção.

Aos funcionários do HU-USP, que considero como minha segunda casa.

Às professoras Joana D'Arc da Silva Costa e Ivone Borelli, pela revisão do texto em língua portuguesa.

À minha irmã Lúcia e meus sobrinhos Natalia e Enzo, por me cederem a foto utilizada nesse estudo.

Às mulheres deste estudo, pela boa vontade em compartilhar suas experiências, cedendo um pouco do seu tempo, sem pedir nada em troca.

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a efetivação deste trabalho.

A Deus e ao meu anjo da guarda.

Muito obrigada!

Shimoda, GT. Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

RESUMO

Considerando-se os benefícios do aleitamento, amplamente reconhecidos, e as baixas taxas de aleitamento materno exclusivo no Brasil e que a mulher é o elemento que decide os rumos da amamentação, buscou-se nesse estudo o levantamento de necessidades de saúde a partir do depoimento de mulheres sobre a sua experiência de amamentar, pois na visão do profissional de saúde, a assistência geralmente se baseia no atendimento das demandas que chegam ao serviço. Os objetivos traçados para este estudo foram: identificar as necessidades de saúde de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo, no processo de aleitamento materno; relacionar as necessidades de saúde identificadas com o perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico dessas mulheres; relacionar as necessidades de saúde identificadas com a situação de aleitamento materno dessas mulheres. Participaram do estudo 238 mulheres, que realizaram entrevistas semi-estruturadas sobre a sua experiência de amamentar. Os dados foram organizados segundo a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo, extraindo-se as expressões-chave e as ideias centrais dos depoimentos, que foram trabalhados em uma abordagem qualitativa e quantitativa. As necessidades de saúde das mulheres para a manutenção do aleitamento materno, classificadas de acordo com a taxonomia de Matsumoto foram: Necessidade de boas condições de vida (ter uma boa alimentação; trabalhar ou estudar; ter tempo para si; ter sono e repouso adequados; ter boa saúde mental; ter boas condições para amamentar seu filho - ter boa produção de leite, ter apoio instrumental e/ou afetivo da família, ter ambiente adequado em casa para amamentar); Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida (lidar com as intercorrências da amamentação, ter acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta); Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde; Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (ter orientação quanto ao aleitamento materno, no pré-natal e na internação; receber apoio instrumental e/ou afetivo do profissional; se sentir segura com relação à amamentação). As necessidades que apresentaram associação estatística significativa com a situação de aleitamento foram: ter uma boa alimentação, ter boa produção de leite, ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde e se sentir segura com relação à amamentação. As variáveis socioeconômicas e demográficas que apresentaram associação estatística significante com algumas necessidades de saúde foram a escolaridade, renda familiar e idade da criança. Quanto às variáveis obstétricas, observou-se associação estatística significante com local do pré-natal, local do parto, tipo de parto, paridade, prematuridade da criança e peso da criança ao nascer. Com os resultados desse estudo pretende-se colaborar para melhorar a efetividade da proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, promovendo o atendimento das necessidades de saúde das nutrizes durante o processo de amamentação.

Descritores: Aleitamento Materno; Determinação das Necessidades de Saúde; Enfermagem Materno-infantil; Saúde da Mulher

Shimoda, GT. Health needs of women in breastfeeding process [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

ABSTRACT

Considering the benefits of breastfeeding, widely recognized, and the low rates of exclusive breastfeeding in Brazil and that the woman is the element who decides the course of breastfeeding, this study sought to survey the health needs from the testimony of women about their experience of breastfeeding, therefore on the vision of the health professional, the assistance generally is based on the attendance of the demands that come to the health service. The aims of this study were: to identify the health needs of women seen at a Basic Health Unit in the city of São Paulo, in their breastfeeding process; to relate the identified health needs with the social, economic, demographic and obstetric profile of these women; to relate the identified health needs with the breastfeeding situation of these women. Study participants were 238 women who underwent semi-structured interviews about their experience of breastfeeding. The data had been organized according to proposal of the Collective Subject Discourse, extracting the expression-keys and the central ideas of the depositions, which had been analyzed in a qualitative and quantitative methodological approach. The health needs of the women for the maintenance of the breastfeeding classified by the taxonomy of Matsumoto had been: Necessity of good conditions of life (to have good alimentation; to work or to study; to have time for itself; to have sleep and adequate rest; to have good mental health; to have good conditions to breastfeed the baby - to have good milk supply, to have instrumental and/or affective support of the family, to have environment adjusted at home to breastfeed); Necessity to have access to all the health technologies that contribute to improve and to draw out the life (to deal with the breastfeeding problems, to have access to the services of health for follow-up after discharge); Necessity to have bond with a professional or health team; Necessity of self-care and autonomy and in the choice in the way of "walking the life" (to have orientation about breastfeeding, in the prenatal appointments and in the maternity ward; to receive instrumental and/or affective support from the professional; to feel self-confident with regarding to breastfeeding). The necessities that had presented statistically significant association with the breastfeeding situation had been: to have good alimentation, to have good milk supply, to have bond with a professional or health team and to feel self-confident with regarding to breastfeeding. The social, economic and demographic variables that had presented a statistically significant association with some health needs had been the education level, familiar income and age of the child. Regarding obstetric variables, a statistically significant association was observed with place of prenatal, the place of birth, type of delivery, parity, premature child and child's weight at birth. With the results of this study it is intended to collaborate to improve the effectiveness of the protection, promotion and support to breastfeeding, promoting the attendance of the health needs of the lactating women during the breastfeeding process.

Keywords: Breast Feeding; Needs Assessment; Maternal-Child Nursing; Woman's Health

Shimoda GT. Necesidades de salud de la mujer en el proceso de la lactancia materna [tesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

RESUMEN

Teniendo en cuenta los beneficios de la lactancia materna, ampliamente reconocido, y las bajas tasas de lactancia materna exclusiva en Brasil y que la mujer es el elemento quién decide el curso de la lactancia materna, este estudio trató de la encuesta de necesidades de salud de los testimonios de las mujeres acerca de su experiencia de la lactancia materna, por lo tanto, a la visión del profesional de la salud, la asistencia se basa en general en la asistencia de las demandas que llegan a los servicios de salud. Los objetivos señalados para este estudio fueron: identificar las necesidades de salud de la mujer vistas en una Unidad Básica de Salud en la ciudad de São Paulo, en el proceso de la lactancia materna, relacionar las necesidades de salud identificadas con el perfil social, económico, demográfico y obstétrico de estas mujeres, relacionar las necesidades de salud identificadas con la situación de amamantamiento de estas mujeres. Los participantes del estudio fueron 238 mujeres que se sometieron a entrevistas seme-estructuradas acerca de su experiencia del amamantamiento. Los datos fueron organizados de acuerdo a la propuesta del Discurso del Sujeto Colectivo, extrayendo los términos clave y las ideas centrales de los testimonios, que fueron analizados en un acercamiento metodológico cualitativo y cuantitativo. Las necesidades de salud de las mujeres para el mantenimiento de la lactancia materna clasificados de acuerdo con la taxonomía de Matsumoto fueron: Necesidad de buenas condiciones de vida (tener una buena alimentación, trabajar o estudiar, tener tiempo para sí, tener sueño y resto adecuados, tener una buena salud mental, tener buenas condiciones para la lactancia de su hijo - tener una buena producción de leche, tener apoyo instrumental y/o afectivo de la familia, tener un entorno apropiado en el hogar para amamantar); Necesidad de tener acceso a todas las tecnologías de salud que se contribuyen para mejorar y ampliar la vida (para tratar de las complicaciones de la lactancia materna, tener el acceso a los servicios de salud para el seguimiento después de salir del hospital); Necesidad de vincular con un profesional o equipo de salud, Necesidad de cuidado de sí mismo y autonomía en la opción en el camino “para andar la vida” (tener orientación sobre la lactancia materna en la atención prenatal y de hospitalización, recibir apoyo instrumental y/o afectivo del profesional; sentirse seguro de sí mismo con respecto a la lactancia materna). Las necesidades que mostraron una asociación estadísticamente significativa con la situación de la lactancia materna fueron: tener una buena alimentación, tener buena producción de leche, tener vínculos con un profesional o equipo de salud y sentirse seguros de si mismo con respecto a la lactancia materna. Las variables sociales, económicas y demográficas que mostraron una asociación estadísticamente significativa con algunas necesidades de salud fueron el nivel de educación, renta familiar y la edad del niño. En cuanto a las variables obstétricas, hubo una asociación estadísticamente significativa con el lugar de la atención prenatal, lugar de nacimiento, tipo de parto, la paridad, la prematuridad del niño y peso del niño al nacer. Con los resultados de este estudio es la intención de trabajar para mejorar la eficacia de la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna, promoviendo la asistencia de las necesidades de salud de las mujeres durante el proceso de amamantamiento.

Descriptores: Lactancia Materna; Evaluación de Necesidades; Enfermería Materno infantil; Salud de La Mujer

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1- Distribuição das mulheres, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos, São Paulo, 2008.....	58
Tabela 2- Distribuição das mulheres, segundo o tipo de ocupação, de acordo com a CBO- Classificação Brasileira de Ocupação, São Paulo, 2008.....	63
Tabela 3- Distribuição das mulheres, segundo o perfil obstétrico, São Paulo, 2008.....	65
Tabela 4- Distribuição das mulheres, segundo a época em que ocorreu o desmame da criança, São Paulo, 2008.....	69
Tabela 5- Situação de aleitamento das mulheres na data da entrevista, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos, São Paulo, 2008.....	70
Tabela 6- Situação de aleitamento das mulheres na data da entrevista, segundo a situação de trabalho extraluar e a idade da criança, São Paulo, 2008.....	74
Tabela 7- Situação de aleitamento das mulheres na data da entrevista, segundo o perfil obstétrico, São Paulo, 2008.....	76
Tabela 8- Necessidade de boas condições de vida - ter uma boa alimentação, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008.....	86
Tabela 9- Necessidade de boas condições de vida - ter uma boa alimentação, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008.....	88
Tabela 10- Necessidade de boas condições de vida - ter uma boa alimentação, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008.....	90
Tabela 11- Necessidade de boas condições de vida – trabalhar ou estudar, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008.....	97
Tabela 12- Necessidade de boas condições de vida - trabalhar ou estudar, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008.....	99
Tabela 13- Necessidade de boas condições de vida – trabalhar ou estudar, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008.....	101
Tabela 14- Necessidade de boas condições de vida - ter tempo para si, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008.....	106
Tabela 15- Necessidade de boas condições de vida - ter tempo para si, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008.....	108
Tabela 16- Necessidade de boas condições de vida - ter tempo para si, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008.....	109
Tabela 17- Necessidade de boas condições de vida – ter sono e repouso adequados, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008.....	114

Tabela 18-	Necessidade de boas condições de vida – ter sono e repouso adequados, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008.....	116
Tabela 19-	Necessidade de boas condições de vida – ter sono e repouso adequados, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008.....	118
Tabela 20-	Necessidade de boas condições de vida – ter boa saúde mental, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008.....	122
Tabela 21-	Necessidade de boas condições de vida – ter boa saúde mental, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008.....	124
Tabela 22-	Necessidade de boas condições de vida – ter boa saúde mental, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008.....	126
Tabela 23-	Necessidade de boas condições de vida - Necessidade de boas condições para amamentar seu filho (ter boa produção de leite), segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008.....	131
Tabela 24-	Necessidade de boas condições de vida - Necessidade de boas condições para amamentar seu filho (ter boa produção de leite), segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008.....	133
Tabela 25-	Necessidade de boas condições de vida - Necessidade de boas condições para amamentar seu filho (ter boa produção de leite), segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008.....	135
Tabela 26-	Necessidade de boas condições de vida – Necessidades de boas condições para amamentar seu filho (apoio instrumental e/ou afetivo da família), segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008.....	139
Tabela 27-	Necessidade de boas condições de vida – Necessidades de boas condições para amamentar seu filho (apoio instrumental e/ou afetivo da família), segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008.....	141
Tabela 28-	Necessidade de boas condições de vida – Necessidades de boas condições para amamentar seu filho (apoio instrumental e/ou afetivo da família), segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008.....	142
Tabela 29-	Necessidade de boas condições de vida – Necessidade de boas condições para amamentar seu filho (ambiente adequado em casa para amamentar), segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008.....	145
Tabela 30-	Necessidade de boas condições de vida – Necessidade de boas condições para amamentar seu filho (ambiente adequado em casa para amamentar), segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008.....	146

Tabela 31-	Necessidade de boas condições de vida – Necessidade de boas condições para amamentar seu filho (ambiente adequado em casa para amamentar), segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008.....	147
Tabela 32-	Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – lidar com as intercorrências da amamentação, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008.....	152
Tabela 33-	Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – lidar com as intercorrências da amamentação, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008.....	154
Tabela 34-	Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – lidar com as intercorrências da amamentação, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008.....	156
Tabela 35-	Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008.....	163
Tabela 36-	Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008.....	165
Tabela 37-	Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008.....	166
Tabela 38-	Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008.....	170
Tabela 39-	Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008.....	172
Tabela 40-	Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008.....	173
Tabela 41-	Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – ter orientação quanto ao aleitamento materno, no pré-natal e na internação, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008.....	177

Tabela 42-	Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – ter orientação quanto ao aleitamento materno, no pré-natal e na internação, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008.....	179
Tabela 43-	Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – ter orientação quanto ao aleitamento materno, no pré-natal e na internação, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008.....	181
Tabela 44-	Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – receber apoio instrumental e/ou afetivo do profissional, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008.....	183
Tabela 45-	Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – receber apoio instrumental e/ou afetivo do profissional, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008.....	185
Tabela 46-	Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – receber apoio instrumental e/ou afetivo do profissional, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008.....	187
Tabela 47-	Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – se sentir segura com relação à amamentação, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008.....	189
Tabela 48-	Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – se sentir segura com relação à amamentação, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008.....	191
Tabela 49-	Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – se sentir segura com relação à amamentação, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008.....	193

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro 1 - As necessidades de saúde, de acordo com a taxonomia de Matsumoto e os elementos da experiência das mulheres no processo de amamentação que as compõem, São Paulo, 2008.....	81

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 APRESENTAÇÃO.....	18
1.2 A PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO.....	21
1.3 NECESSIDADES DE SAÚDE E ALEITAMENTO MATERNO.....	29
2 OBJETIVOS.....	39
3 REFERENCIAIS TEÓRICOS.....	41
3.1 TAXONOMIA DE NECESSIDADES DE SAÚDE.....	42
3.2 MODELO TEÓRICO “PESANDO RISCOS E BENEFÍCIOS”....	44
4 DESENHO DA PESQUISA.....	46
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	47
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	47
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	48
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS.....	49
4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS....	51
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	52
4.6.1 Análise dos dados quantitativos.....	52
4.6.2 Organização dos dados qualitativos.....	53
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	55
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES DO ESTUDO E SEUS FILHOS QUANTO AO PERFIL SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO.....	58
5.2 APRESENTAÇÃO DAS MULHERES DO ESTUDO E SEUS FILHOS QUANTO A SITUAÇÃO DE ALEITAMENTO.....	68
5.3 NECESSIDADES DE SAÚDE DA NUTRIZ PARA A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO DE ACORDO COM TAXONOMIA DE MATSUMOTO E SUA RELAÇÃO COM AS VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E SITUAÇÃO DE ALEITAMENTO.....	80
5.3.1 Necessidade de boas condições de vida.....	83
5.3.1.1 Ter boa alimentação.....	83
5.3.1.2 Trabalhar ou estudar.....	91
5.3.1.3 Ter tempo para si.....	102
5.3.1.4 Ter sono e repouso adequados.....	110
5.3.1.5 Ter boa saúde mental.....	119
5.3.1.6 Ter boas condições para amamentar seu filho - boa produção de leite.....	127
5.3.1.7 Ter boas condições para amamentar seu filho - apoio instrumental e/ou afetivo da família.....	136
5.3.1.8 Ter boas condições para amamentar seu filho – ambiente adequado em casa para amamentar.....	143
5.3.2 Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida.....	148
5.3.2.1 Lidar com as intercorrências da amamentação.....	148

5.3.2.2	Ter acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta.....	157
5.3.3	Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde.....	167
5.3.4	Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”.....	174
5.3.4.1	Ter orientação quanto ao aleitamento materno, no pré-natal e na internação.....	174
5.3.4.2	Receber apoio instrumental e/ou afetivo do profissional.....	181
5.3.4.3	Se sentir segura com relação à amamentação.....	188
6	CONCLUSÕES.....	194
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	206
	REFERÊNCIAS.....	213
	APÊNDICE 1.....	221
	APÊNDICE 2.....	222
	APÊNDICE 3.....	223
	ANEXO 1.....	230

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Desde a graduação em Enfermagem, dentre as diferentes possibilidades de atuação dentro da profissão, sempre houve em mim uma propensão para a área Materno-Infantil. Por essa razão, voltei-me para a habilitação, e posteriormente, à especialização em Enfermagem Obstétrica. Com experiência há dezesseis anos no setor de puerpério, trabalhando no Alojamento Conjunto, senti um despertar maior para a assistência em aleitamento materno. Assim, busquei compreender o motivo pelo qual as mulheres atendidas durante o cotidiano desmamam os seus filhos tão precocemente, mesmo tendo conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno como forma de nutrir a criança, tal fato levou-me a interessar em pesquisar essa área.

O primeiro trabalho científico, desenvolvido na assistência em aleitamento materno, foi realizado em co-autoria com as enfermeiras do setor e teve como objeto de estudo a lesão de mamilos nas puérperas decorrentes da amamentação, intercorrência frequentemente presente na realidade assistencial no Alojamento Conjunto. O objetivo principal desta primeira investigação foi buscar a contribuição para a redução do desconforto causado por esta intercorrência da lactação (Shimoda et al., 1996).

Com o interesse despertado para a investigação científica, fiz inscrição na pós-graduação, curso de Mestrado, com a intenção de me aprimorar nessa área, realizando pesquisa sobre o mesmo tema, lesão de mamilos e amamentação, procurando contribuir efetivamente para a melhoria da prática assistencial à mulher e ao seu filho, durante esse processo (Shimoda, 2001).

Concomitante à pós-graduação, iniciei a participação no núcleo de pesquisa em aleitamento materno, o NEPAL (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Aleitamento Materno), sediado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, o qual envolve profissionais de diferentes áreas e também alunos de graduação e pós-graduação, cujo interesse é em aprimorar conhecimentos na área da saúde da mulher, referente ao

aleitamento materno e em contribuir para a assistência voltada à mulher que é protagonista do processo de amamentação e do processo decisório sobre a prática do aleitamento materno como forma de alimentação do seu filho.

Dentre as questões de interesse, destaca-se a problemática do desmame precoce. Para isso, surgiu a proposta de uma assistência às mulheres que têm dificuldades de amamentação, abrindo ao grupo a criação de um programa em que o núcleo estenderia suas atividades não só ao estudo e pesquisa, mas ao atendimento dessas mulheres, acreditando em uma melhora no desempenho de amamentação por meio de um serviço que possibilitaria o seguimento dessas mães, oferecendo-lhes apoio e orientações em relação às dificuldades encontradas por elas nesse período, como por exemplo, lesões mamilares, ingurgitamento mamário, além de desmitificar crenças e proporcionar autoconfiança para aquelas mães que têm como objetivo a continuidade da prática do aleitamento materno. Assim como, dar subsídios, de acordo com a realidade de cada uma, para que continuem oferecendo o leite materno ao seu filho, mesmo após o retorno ao trabalho ou ao estudo.

Surgiu então o questionamento de como identificar os motivos que levariam as mulheres à procura de uma assistência de profissionais ligados à amamentação, quais seriam as necessidades reais dessas mulheres a serem supridas por esse serviço. Seriam dificuldades nas técnicas de amamentação? Seria a existência de intercorrências na amamentação, como o ingurgitamento mamário ou as lesões de mamilo? Ou a necessidade de aprender a realizar ordenha para armazenar o leite para o filho devido ao retorno à atividade profissional?

Realizando esses questionamentos e procurando bases na literatura científica, houve momentos de reflexão nos quais buscamos e apreendemos que se estava considerando os aspectos puramente biológicos do processo de amamentação, o problema em si. Pensando na mulher, como o centro decisório no processo da amamentação, entendemos que o serviço não poderia ater-se tão somente à resolução de problemas, mas prevendo que a causa que os gerou poderia ser a existência de outras reais necessidades sentidas por essas mulheres e não atendidas. Tais necessidades poderiam

ser supridas pelo serviço, colaborando para a manutenção da amamentação.

Exploramos, então, um contato mais íntimo com o tema necessidades de saúde, trazendo-o para o aleitamento materno. Ao realizar revisão em literatura sobre o tema, concluímos que as abordagens estão mais concentradas na área da saúde coletiva, existindo, portanto, poucas referências na área do aleitamento materno. Outra dificuldade encontrada foi em relação à metodologia a ser utilizada tanto para identificar necessidades de saúde, quanto para classificá-las, tornando mais complexa a realização deste estudo e, nesse aspecto, mais desafiador.

1.2 A PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declara que a alimentação adequada do lactente e da criança é um direito fundamental universalmente reconhecido e deve ser desfrutada com os mais altos níveis possíveis de saúde. As mulheres, por sua vez, têm o direito a uma nutrição adequada, a decidir o modo de alimentar seus filhos, a dispor de informações completas e condições adequadas que permitam implementar suas decisões. Atualmente, no entanto, vive-se em uma realidade de desigualdades sociais, empregos informais, desestruturação familiar e recursos escassos para os serviços de saúde, principalmente, para os relacionados à nutrição, o que agrava as dificuldades encontradas pelas famílias para oferecer uma alimentação adequada para o crescimento e desenvolvimento de seus filhos (OMS, 2003).

O aleitamento materno é preconizado mundialmente como uma forma ótima de proporcionar nutrição adequada à criança, para o seu crescimento e desenvolvimento, exclusivamente até os seis meses de idade e, a começar desse momento, a criança deverá receber alimentação complementar adequada para satisfazer seus requisitos nutricionais, sem abandonar o aleitamento natural, até dois anos de idade ou mais. Para isso, propõe-se a aplicação de medidas para a proteção, promoção e apoio às práticas apropriadas de alimentação do lactente e da criança, por meio do sistema de atenção à saúde (OMS, 2003).

Para a proteção à prática do aleitamento materno, recomenda-se adotar políticas trabalhistas que assegurem os direitos da maternidade, de acordo com a Organização Internacional do Trabalho, bem como pôr em prática o Código Internacional de Comercialização de Sucedâneos do Leite Materno (OMS, 1981). Para a promoção, recomenda-se a divulgação de informações adequadas sobre as práticas apropriadas de alimentação do lactente. Para o apoio, os serviços de saúde devem proporcionar orientação adequada nos serviços de pré-natal, na assistência hospitalar, com práticas e procedimentos que propiciem a iniciação e o estabelecimento do aleitamento materno, mediante a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da

Criança (IHAC)* e seguimento adequado nas unidades de atenção básica, bem como investimento no desenvolvimento de redes de apoio nas comunidades (OMS, 2003).

No Brasil, observa-se, entretanto, que mesmo com a adoção dessas estratégias, as medianas de duração de aleitamento materno exclusivo** e a prevalência de aleitamento materno continuam insatisfatórias.

Em inquérito populacional de aleitamento materno, realizado pelo Ministério da Saúde em 1999 (Brasil, 2003), sobre a prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras, observou-se que o comportamento das taxas de aleitamento materno é diferente nas diversas capitais e regiões do Brasil.

De uma maneira global, verificou-se maior duração mediana de aleitamento materno na Região Norte - 414,2 dias, porém duração de aleitamento materno exclusivo de apenas 24 dias, com introdução precoce de chás, sucos ou outros alimentos. Na Região Sul, observou-se maior duração mediana de aleitamento materno exclusivo - 39,1 dias, contudo menor duração mediana de aleitamento materno do país - 225,2 dias. Na Região Sudeste, observou-se duração mediana de aleitamento materno de 240,6 dias e a menor duração mediana de aleitamento materno exclusivo entre todas as regiões - 13,1 dias (Brasil, 2003).

Em São Paulo, especificamente, a duração mediana de aleitamento materno foi de somente 180,8 dias, a segunda menor entre todas as capitais, à frente apenas de Maceió, com 172 dias, e a duração de aleitamento materno exclusivo foi de 9,2 dias, a sexta menor do país (Brasil, 2003).

Em relação à prevalência de aleitamento materno exclusivo, observou-se, em todas as capitais, queda acentuada de acordo com a progressão da idade da criança. A Região Sul teve os melhores índices de

* Estratégia adotada pela OMS e UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) que estabelecem condutas e práticas necessárias nas maternidades com o objetivo de aumentar os índices de aleitamento materno (WHO, 1989).

** - Aleitamento materno exclusivo - a criança recebe apenas leite materno, diretamente da mama ou extraído e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de medicamentos ou suplementos vitamínicos.

-Aleitamento materno predominante - a criança recebe leite materno de forma predominante e outros líquidos que não sejam suplementos lácteos (água, chá, dentre outros).

-Aleitamento materno - a criança recebe leite materno, diretamente da mama ou extraído, independente de estar recebendo também qualquer outro alimento líquido ou sólido, inclusive outros leites (WHO, 1992).

aleitamento materno exclusivo do primeiro mês (64,3%), aos seis meses de vida da criança (12,9%). Os menores índices foram da Região Sudeste, com prevalência de 42,8% no primeiro mês de vida e aos seis meses de apenas 8,3%. São Paulo teve o quinto menor índice de prevalência no primeiro mês de vida entre as capitais (36,2%), diminuindo para 7,6% aos seis meses de vida da criança (Brasil, 2003).

Embora não tenham sido encontradas pesquisas, em nível nacional, mais recentes do que esta realizada em 1999, autores destacam que as taxas de aleitamento vêm aumentando com o decorrer do tempo. Sena, Silva e Pereira (2007b), ao analisarem a evolução do aleitamento materno no Brasil, comparando três inquéritos populacionais realizados em 1974-1975, 1989 e o já apresentado anteriormente, de 1999, concluíram que nesse período de tempo houve um aumento da prevalência de aleitamento materno em todas as idades da criança (um, quatro, seis e doze meses), sendo esse aumento um pouco menos acentuado no primeiro mês de vida. Os autores colocam que políticas de proteção e promoção do aleitamento materno podem explicar essa melhora verificada na análise dos dados.

Em estudo realizado na cidade de Pelotas (RS), observou-se aumento significativo nas taxas de aleitamento exclusivo com um mês de vida, de 26% em 1993, para 77% em 2004 e, aos três meses de vida, um aumento de 16% para 46%. Os autores creditam que essa melhora nas taxas de aleitamento seja referente à instalação de política de apoio sistematizado à amamentação implantada naquela localidade no período de 1997-1998 (Albernaz et al., 2008).

Entretanto, considerando a recomendação da Organização Mundial de Saúde de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança, observamos que os resultados estão ainda muito aquém do esperado. A fim de desvendar o que há por trás desses resultados, vários estudos têm sido realizados, tanto de natureza positivista, como estudos qualitativos, que buscam compreender o significado da prática do aleitamento materno para a mulher.

Diversas são as causas de desmame precoce, verificadas nesses estudos, que vêm sendo realizados desde o início da década de 1980. Entre

as inúmeras causas de desestímulo ao aleitamento ou desmame, encontram-se os desconfortos causados por intercorrências da lactação e amamentação, como as lesões de mamilo e o ingurgitamento mamário. Observa-se que essas intercorrências, associadas ou não, são elementos causadores de dor, interferindo na sensação de prazer e satisfação da mulher que amamenta (Nakano, 1996).

Outro aspecto citado em literatura como causa de desmame é a atividade fora do lar após o parto, seja trabalho ou estudo (Frota e Marcopito, 2004; Ramos e Almeida, 2003). Constata-se que, apesar da existência de leis que asseguram o direito das mães trabalhadoras a prosseguirem a amamentação, como a licença-maternidade, direito este estendido também para as mães adotivas (Brasil, 2002a), outros fatores também são fundamentais para facilitar a manutenção da lactação, após o término da licença, como a existência de creche próxima ao local de trabalho e a possibilidade de realizar a coleta e estocagem do leite no ambiente de trabalho (Rea et al., 1997). Um fator dificultador é que nem todas as mulheres encontram-se registradas formalmente no mercado de trabalho.

Em estudo de Silva e Utiyama (2003), com mulheres trabalhadoras, docentes e alunas de uma universidade paulista, é colocado como dificuldade, principalmente, a falta de apoio das instituições e condições ambientais para a ordenha e armazenamento do leite para ofertar à criança, assim como a ausência de creches próximas ao local de trabalho ou estudo, que permitam a continuidade da amamentação. Dentre as mulheres do estudo, ao retomarem as atividades profissionais ou escolares, aos quatro ou cinco meses de vida da criança, 15,7% já haviam desmamado e somente 29,4% amamentavam seus filhos exclusivamente ao seio.

Estudos de abordagem qualitativa buscam também compreender o significado da amamentação para a mulher, procurando desvendar o que está por trás das estatísticas e resultados das pesquisas positivistas. No modelo de *“Pesando Riscos e Benefícios”*, desenvolvido por Silva (1997), compreende-se a mulher como responsável pelas decisões referentes à amamentação, mediante percepção, interpretação e atribuição de significados à sua experiência de amamentar, percebidos no universo das

interações dessa mulher com o seu meio, ou consigo mesma. A mulher percebe a amamentação como uma questão de assumir riscos, ou de garantir benefícios, para ela, para seu filho ou para ambos. Assim, é preciso considerar e valorizar as percepções maternas, que revestem a amamentação do significado simbólico de risco ou de benefício, reais ou potenciais, mas presentes no processo de amamentação e que determinam as tomadas de decisão da mulher.

Nakano e Mamede (1999) colocam que a cobrança social à mulher para que amamente seus filhos tem se respaldado nas comprovações científicas que realçam o valor do leite humano no desenvolvimento bio-psico-social da criança, estando, portanto, seu papel social definido por determinantes biológicos e concebido como fazendo parte da “natureza” da mulher. Nesse processo, a mulher atribui a seu corpo valor inferior ao do filho e o atendimento às suas necessidades é relegado a padrões mínimos. Apreendeu-se que o aleitamento materno reproduz o discurso ideológico que embasa os programas de incentivo ao aleitamento materno, direcionado ao atendimento das necessidades da criança, não contemplando a mulher em suas especificidades. Dessa forma, faz-se necessário a mudança desse discurso para obter resultados efetivos na prática da amamentação.

Almeida e Gomes (1998) reiteram que o foco da discussão não pode ficar centrado exclusivamente na criança, pois a mulher exerce papel determinante no processo de amamentação e não pode ser desconsiderada. Colocam, porém, que as políticas nem sempre refletem a ótica desse ator social, a mulher.

As políticas nacionais em prol do aleitamento materno, segundo Godoy e Bouttelet (2004), vêm sendo elaboradas desde o início da década de 1970, não contemplando as necessidades da mulher que amamenta e não ponderando outras dimensões além da biológica, refletindo portanto na assistência do profissional. No cuidado à mulher que amamenta, predomina então a dimensão técnica e biologicista, tendo-a como sujeito passivo do cuidado. Para os autores, é fundamental aos profissionais de saúde um olhar mais crítico sobre a sua prática assistencial, para não apenas reproduzirem discursos e não se acomodarem na postura de meros

repetidores de saberes que parecem não atender às reais necessidades das mulheres e de seus filhos.

Essa necessidade de buscar olhares mais amplos à assistência em amamentação vem sendo sentida pelos profissionais de saúde, conforme nos mostra o estudo de Hollanda (2005), cujo objetivo foi compreender a percepção das enfermeiras do Alojamento Conjunto de um hospital de ensino quanto à implantação de uma proposta assistencial visando a adesão à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Nos discursos das enfermeiras desse estudo, observa-se a preocupação quanto ao enfoque unilateral da assistência para o apoio ao aleitamento materno, mais centrado nas necessidades da criança:

... acho que a gente tem que pensar que só estão vendo o lado dos bebês, mas temos que pensar no lado da mãe também. (p. 83).

Observa-se, ainda, a preocupação de se considerar não somente as necessidades da criança, mas também as necessidades da mãe que amamenta, neste contexto:

... Acredito que não podemos somente colocar o bebê ao lado da mãe e o deixar lá, sem dar um suporte para ela. Não é fazendo apenas isso, deixando o bebê próximo da mãe, que garantimos que o processo de amamentação vai ocorrer. Para mim, tem que conciliar o fato do bebê ficar ao lado da mãe com as necessidades desta (p.92).

Na assistência às mulheres e seus filhos relacionada ao aleitamento materno, observa-se na prática, que os profissionais de saúde norteiam a sua assistência enfocando o aleitamento materno como um processo biológico: orientam as vantagens do leite humano e da prática da amamentação e o seu manejo técnico. O objetivo principal da assistência é o início precoce do aleitamento materno durante a internação e a resolução de dificuldades inerentes à prática da amamentação, com intuito de manter esse processo.

Na ocasião da alta hospitalar, constata-se que a maioria das mães encontra-se amamentando os seus filhos exclusivamente ao seio, prática esta, porém, não consolidada, pois em estudos de seguimento, realizados após a alta hospitalar, observa-se que a prática do aleitamento materno

exclusivo é abandonada por grande parte das mulheres, assim como demonstram as estatísticas já apresentadas. No estudo de Melleiro, Sá e Costa (1997), de seguimento das mães e de seus filhos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), após a alta hospitalar, observou-se que apesar dessas mulheres verbalizarem a intenção de continuar amamentando, aos quatro meses de vida da criança, somente 48% encontravam-se em aleitamento materno exclusivo e, aos seis meses, essa taxa diminuiu para 32% das crianças. Em estudo realizado por Shimoda (2001), ao acompanhar as mães na consulta pós-alta hospitalar, cerca de sete a dez dias após o parto, 5% haviam introduzido leite artificial na dieta do bebê, como suplementação do leite materno. Dentre os motivos alegados para essa prática, destacaram-se o discurso de bebê choroso, a necessidade de descanso materno e a ausência da mãe para resolver problemas pessoais.

Estudos qualitativos vêm demonstrando que o processo de amamentação está sujeito não só às condições de vida das mulheres, como à forma que elas interpretam e vivenciam esse período. Autores, como Silva (1997), Nakano (1996), trazem à tona que muitos dos elementos levados em conta pelas mulheres, ao decidirem sobre a continuidade da amamentação, estão estreitamente vinculados ao contexto e a dificuldades apresentadas por elas, como cansaço, desconforto, sentimento de dependência da criança, além das limitações de conciliação do papel materno, vida social e profissional.

A assistência biológica e medicalizada ainda não incorporou, a contento, o conceito de que a mulher é o núcleo do processo de amamentação e, como tal, deve ser considerada como elemento do processo decisório para o início e a continuidade do aleitamento. Essa mulher, como ser social que é, está situada no contexto da família e da sociedade, tem projetos individuais e prioridades, que podem não condizer com aqueles que são idealizados pelo profissional de saúde, em relação à decisão e disposição para amamentar o filho. Assim, como se pretende atender às necessidades psicobiológicas da criança, por meio do aleitamento materno, a mulher que amamenta deveria ser atendida nas suas

necessidades para que a amamentação seja um processo satisfatório e prazeroso para ambos, mãe e filho.

Segundo Silva (1999), amamentar é para a mulher uma potencialidade biológica extraordinária e o respeito à experiência materna é o que permite o desenvolvimento das potencialidades e abre espaço para as reais possibilidades da realização da amamentação em que não só a mãe tem condições de atender às necessidades globais do seu filho, como tem uma experiência espontânea e plena de significado, portanto, passa a ser um agente multiplicador no incentivo de outras mulheres.

1.3 NECESSIDADES DE SAÚDE E ALEITAMENTO MATERNO

Segundo Laurenti et al. (2005), desde 1947, quando a OMS definiu saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social e, não apenas ausência de doença”, pesquisadores de diversas áreas vêm tentando mensurar o nível de saúde da população, por meio de definições operacionais e metodologias apropriadas, destacando que essa definição proposta não é operacional, resultando em um permanente desafio para o desenvolvimento de medidas apropriadas comparáveis e que refletissem a natureza multidimensional da saúde. Colocam que a dificuldade de se mensurar saúde está no fato de que a maioria dos indicadores aceitos e utilizados são negativos, isto é, medem a ausência de saúde.

Essa complexidade também está presente na identificação e mensuração de necessidades. Quanto à definição de necessidades, para Heller e Fehér (1998), são sentimentos conscientes e socialmente construídos, conseqüentemente, diferentes para cada grupo social. A atenção às necessidades humanas, segundo Oliveira (2002), não se esgota na abordagem da dimensão individual, pois o indivíduo é alguém inserido numa sociedade e num grupo social, que participa da determinação do que esse sujeito concebe, avalia e sente como sendo suas necessidades.

A definição de necessidades de saúde, para Wright, Williams e Wilkinson (1998), incorpora determinantes amplos de saúde, sociais e ambientais, tais como moradia, alimentação, educação, emprego. Essa definição ampla nos permite um olhar além dos limites do modelo médico, baseado apenas no que os serviços de saúde podem suprir, como educação para a saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, para uma visão mais ampla dos vários fatores que influenciam na saúde. Dessa forma, as necessidades de saúde de uma população estarão em constante mudança e muitas não serão satisfeitas com intervenção médica.

Para Bradshaw (1994), o conceito amplo de saúde enfoca a interação entre saúde e estrutura social, e necessidade não é somente uma condição não tratada ou uma disfunção, mas também ausência de bem-

estar ou qualidade de vida. Descobrir a necessidade de saúde não é apenas o tratamento da doença, mas ter como resultado a melhora da qualidade de vida do indivíduo.

Segundo Stotz (1991), o conceito de necessidades de saúde na área da Saúde Pública refere-se a um sujeito abstrato, cujas carências são respondidas pela sociedade institucionalmente, surgindo, portanto, como um conceito operacional, em que necessidades de saúde e de serviços articulam-se funcionalmente, necessidade, então, é o que requer atendimento.

Para o autor, as abordagens sobre necessidades de saúde podem relacionar-se a um sujeito individual ou a um sujeito coletivo. O primeiro considera o homem como ser isolado, um átomo social, e que a sociedade é instrumento a serviço do sujeito de necessidades. No segundo, existe uma inter-relação e interdependência entre o sistema da personalidade individual e o sistema social, por meio da socialização, processo no qual o indivíduo internaliza valores e adota comportamento adequado ao sistema social. Nessa visão, ser doente é desempenhar papel social desviante, em que a Medicina (função do sistema social) atuaria como meio de reajuste ou de recuperação da normalidade. O conceito de saúde, atualmente, reporta-se mais à abordagem funcionalista do homem.

Existe também a dificuldade em diferenciar necessidade de saúde e problema, que, segundo Pineault e Daveluy (1987), citado por Stotz (1991), deve-se considerar ambos como noções conexas, em que o problema corresponde a um estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo ou pela coletividade. A necessidade representa o que se requer para solucionar o problema identificado, expressa o desvio entre o estado ótimo (estado de saúde desejado) e o estado real (estado de saúde atual), quanto maior é o desvio, mais importante é a necessidade. Essa é uma visão na perspectiva do que oferece o serviço de saúde, existindo também a perspectiva do indivíduo e da coletividade.

Para Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), ao pensar em necessidades de saúde, imediatamente lembra-se da procura por assistência, que, na realidade, caracteriza-se por demanda, isto é, uma

busca ativa por intervenção. A origem dessa busca é o carecimento, algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido, podendo ser uma alteração física, emocional, ou até mesmo uma situação que reconhece como uma falta, algo de que carece, como uma informação. O resultado das intervenções sobre esses carecimentos é reconhecido como necessidade. Pensando em aleitamento materno, por exemplo, a demanda seria provocada por um problema de ingurgitamento mamário, com a carência de conhecimento quanto aos cuidados com a mama puerperal, e a orientação para ordenha mamária, entre outras ações, traduzir-se-ia em uma necessidade.

Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), a intervenção também pode ser reconhecida como uma necessidade, pois, satisfazendo a “demanda”, de algum modo, a própria busca por essa intervenção fica sempre reiterada, tornando o serviço de saúde um instaurador de necessidades. Instaurar necessidades com base na produção de serviços significa criar valores quanto ao padrão (conteúdo e critérios de agrupamento) de necessidades na sociedade. Esse processo se dá por meio do valor que se atribui à satisfação dessas necessidades, o que se reitera mediante seu consumo sistemático. Pensando em aleitamento materno, observa-se que, há pouco tempo, a necessidade das mulheres não era valorizada pela ótica naturalista da amamentação, mas sim pelas necessidades de crescimento e desenvolvimento da criança.

Para ilustrar as diferentes perspectivas sob as quais se pode definir necessidades de saúde, Stotz (1991) lança mão da taxonomia de Bradshaw (1977), que classifica quatro tipos de necessidades:

- necessidade normativa – é a que define o técnico, o profissional, o administrador, em relação a uma determinada norma desejável ou ótima e aquele ou aqueles que não respondem a esta norma são considerados em estado de necessidade;
- necessidade sentida – percepção que as pessoas têm sobre seus problemas de saúde ou o que desejam como serviços de saúde;

- necessidade expressa – equivale à demanda de cuidados e de serviços, é a necessidade sentida que finaliza em procura pelos serviços de saúde;

- necessidade comparativa – necessidade que um indivíduo/grupo deveria expressar e que apresenta as mesmas características que outro indivíduo/grupo na qual se identificou uma necessidade.

Stotz (1991) refere que o conceito abstrato de necessidades de saúde torna-se operacional, concretamente determinado quando se apresenta como componente essencial das relações interativas entre sujeitos de necessidades e agentes governamentais responsáveis pela sua satisfação. Para o planejamento em saúde, ao assumir como referência as necessidades de saúde da população, deve-se admitir que a relação entre estas necessidades e a atenção do sistema institucional será resolvida sempre parcialmente e provisoriamente, em um processo infinito de aproximação.

Observa-se, então, a complexidade que cerca o tema e, portanto, identificar necessidades de saúde não é uma tarefa tão simples. Não há, até o momento, instrumentos de mensuração de necessidades ou metodologias consagradas para a identificação e a análise de necessidades.

Matsumoto (1999), utilizando como referencial teórico o estudo conceitual de Stotz (1991), apresentou uma taxonomia de Necessidades de Saúde organizada com enfoques e perspectivas de distintos autores que utilizam múltiplas perspectivas teóricas, com conceitos descritivos e operacionais. A taxonomia consiste em: necessidade de boas condições de vida, necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida, necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação) e necessidade de se ter autonomia “no modo de andar a vida” (construção do sujeito).

Cecílio e Lima (2000) utilizaram essa taxonomia para orientar as reflexões dos profissionais de saúde da rede básica de uma localidade sobre o quanto os serviços têm conseguido captar, escutar, identificar as necessidades de saúde das pessoas e como organizar o serviço para atendê-las da forma mais completa possível. Houve a compreensão da ideia

de que, frequentemente, uma consulta de atendimento, com o profissional médico ou enfermeiro, oculta uma necessidade de saúde do usuário que o profissional pode não perceber ou sentir-se impotente para atender à necessidade percebida. As discussões possibilitaram avaliar a assistência prestada por esses profissionais e a incorporação de um olhar “ampliado” sobre as necessidades de saúde.

Segundo Cecílio (2001), no encontro do usuário com a equipe, deve prevalecer o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde daquela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou “travestidas” em alguma demanda específica. A demanda é o pedido explícito, uma necessidade modelada pela oferta dos serviços de saúde. Assim sendo, deve-se dar ênfase à organização da atenção e capacitação dos trabalhadores para que possam desenvolver maior capacidade de escutar, identificar e atender às necessidades de saúde do usuário.

Mandu e Almeida (1999) fazem um recorte sobre o trabalho em enfermagem, elegendo a teoria de Wanda de Aguiar Horta sobre as necessidades humanas básicas para a análise das interpretações das necessidades em saúde. A teoria de Horta é a mais usada na prática de enfermagem no Brasil, sendo referência na formação de profissionais enfermeiros, conformando, em alguma medida, uma leitura comum acerca das necessidades em saúde. O homem, na sua visão, é parte do universo, sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio e a saúde é concebida como um equilíbrio dinâmico do homem na interação com o meio ou como satisfação de necessidades básicas, sendo que o não-atendimento ou atendimento inadequado dessas necessidades resulta em doença. As necessidades são latentes e só se manifestam em situações de desequilíbrio, por meio de sinais e sintomas, sendo a finalidade do trabalho em enfermagem a prevenção dos desequilíbrios ou a manutenção do equilíbrio humano.

A teoria de Horta se fundamenta na teoria da motivação humana de Maslow (1970), que hierarquiza as necessidades humanas, organizando-as em níveis de prioridade: o primeiro nível inclui as necessidades fisiológicas,

o segundo, as necessidades de segurança e proteção, o terceiro, as necessidades de amor e gregarismo, o quarto, as necessidades de estima e autoestima e o quinto nível a necessidade de autorrealização. Para Maslow, enquanto a primeira necessidade não é satisfeita, a próxima não se manifesta ou é relegada a segundo plano. Para a satisfação das necessidades básicas, há certas condições, consideradas como pré-requisitos, como liberdade de expressar-se, liberdade para fazer o que a pessoa deseja sem prejudicar a outros, liberdade para buscar informações, liberdade de defender-se, entre outras.

Segundo Mandu e Almeida (1999), a teoria de Horta, com a sistematização do processo de trabalho em enfermagem, fundamenta-se numa concepção parcial do ser humano, valorizando especialmente as necessidades psicobiológicas, não levando em consideração os processos econômicos, socioculturais e políticos. Colocam que “a eleição de necessidades como referência para a organização do trabalho em saúde/enfermagem precisa considerar que as pessoas se constituem em realidades naturais-sociais concretas, interferindo no ambiente que as cercam, buscando satisfazer as suas necessidades, reproduzindo, construindo, refletindo, modificando-se a si e ao meio com o qual interagem” (p. 61). Enfim, a saúde articula-se a um movimento ativo do homem perante as dificuldades encontradas no ambiente físico e social no qual se insere, e a valorização da sua autonomia é importante para a percepção dos sujeitos enquanto indivíduo e ser social.

Os serviços de saúde deverão, então, pensar sobre os processos de trabalho conforme as necessidades de saúde específicas das diferentes comunidades, grupos sociais e indivíduos. Portanto, a identificação e a análise abrangentes das diferentes necessidades deverão orientar decisões sobre quais ações e processos serão necessários para o seu enfrentamento.

É fundamental uma nova inter-relação entre profissionais de saúde e clientela, com o objetivo de valorizar as necessidades expressas por meio da demanda, permitindo que estas sejam usadas como indicadores das decisões a serem tomadas, valorizando a autonomia dos indivíduos. Esse resgate da autonomia questiona o modo como se medicaliza e

institucionaliza a vida e as necessidades das pessoas, como se estabelecem necessidades por meio de saberes e práticas dos profissionais da saúde, desconsiderando-se os conhecimentos, desejos, valores e vivências dos indivíduos. Sendo assim, as pessoas que se utilizam dos serviços de saúde, encontram-se subjugadas às tecnologias e ao saber profissional. Os autores defendem a valorização da representação, dos sentimentos, dos desejos e das vivências da clientela ao se definir necessidades em saúde.

Para isso, considerar a experiência da mulher que amamenta, seus julgamentos e seus sentimentos (as necessidades sentidas) é de grande importância e validade. Bradshaw (1994) nos leva a questionar que se almejamos, como profissionais de saúde, um nível de saúde a ser atingido, que meta estabelecemos sobre nossa obrigação moral coletiva ou individual para descobrir as necessidades a serem satisfeitas para alcançar esse objetivo? Pensando em aleitamento materno, se o objetivo a ser alcançado é o de aleitamento materno exclusivo, até os seis meses de vida da criança, que rumo estamos dando para o nosso dever de encontrar as necessidades desses atores que devem ser satisfeitas para que isso aconteça? Na verdade, estamos transferindo essa obrigação de nutrir o filho para a mãe.

É possível compreender pelos resultados dos estudos até agora que a mulher, como agente da amamentação, é que decide os rumos desse processo e, como tal, teria que ter suas necessidades atendidas para o sucesso do aleitamento materno.

Almeida (2005) teve como proposta a construção de indicadores de necessidade de gênero para o cuidado em enfermagem à puérpera durante a sua internação e, para isso, buscou conhecer as necessidades dessas mulheres, enquanto internadas no Sistema Alojamento Conjunto. Dentre as necessidades relatadas pelo grupo de mulheres estudadas, extraiu-se nesse estudo:

- a necessidade de acolhimento - ter o profissional junto de si é diferencial para a construção do sentimento de acolhida e de cuidado, assim como a atenção do profissional na interação contribui para a demonstração de legítimo interesse pelo bem-estar da mulher, resultando em sentimento de acolhimento e respeito;

- a necessidade de ser examinada - a mulher necessita da atenção em relação à sua saúde e às transformações que estão ocorrendo com o seu corpo, aspectos que ela considera básicos para a sua segurança;

- a necessidade de ser ouvida - na interação do profissional com o paciente, deve-se estabelecer uma comunicação adequada, ouvindo ao outro, permitindo-lhe a verbalização e a aceitação dos seus sentimentos;

- a necessidade de orientação e informação - necessidades de aprendizado quanto ao cuidado com a criança e consigo mesma, incluindo as orientações em relação ao aleitamento materno e cuidados com as mamas, aumentando a autonomia e a satisfação;

- a necessidade de acesso ao atendimento - a dificuldade de internação da mulher em trabalho de parto e a demora no atendimento aumentam sua tensão emocional, resultando em sentimento de desproteção, angústia e insegurança;

- a necessidade da presença da família - durante o parto e na internação, como forma de apoio, bem como o desejo de alta precoce para obter ajuda da família no cuidado de si e da criança;

- a necessidade de segurança - sentir-se segura em relação à preservação de sua saúde, englobando segurança física, nas relações com o profissional, geralmente desconhecido para ela e em relação ao ambiente;

- a necessidade de conforto e alimentação - necessidade de um ambiente acolhedor, com mínimas condições estruturais e organizacionais, fornecimento de alimentação em quantidade e qualidade adequadas;

- a necessidade de cuidar da aparência - provisão de vestuário adequado, espelhos, privacidade.

Pelos resultados obtidos, pode-se ratificar que as necessidades da mulher, no período após o parto, não se atêm apenas aos aspectos estritamente biológicos, de cuidados com o corpo, com a criança, mas também a aspectos emocionais, afetivos, de acolhimento e segurança.

Bez Júnior (2002), em seu estudo, procurou compreender o significado de necessidades de saúde para os enfermeiros, que atuavam em um serviço de extrainternação de um hospital universitário, formulando a categoria Necessidades de Saúde, dando origem a três subcategorias:

queixa-problema, processo saúde-doença e vinculação. A queixa-problema se relacionou à percepção dos enfermeiros ao motivo da procura e demanda dos usuários; o processo saúde-doença representou o entendimento dos enfermeiros sobre o viver e o adoecer; a vinculação expressou, nas relações entre o ideal e o real, as formas de relacionamento entre profissional e usuário, seus vínculos e formas de acolhimento. A segunda questão: como compreender - reconhecer, identificar, escutar, descobrir, desvendar - as necessidades de saúde do usuário, permitiu ao autor compor a categoria Práticas de Enfermagem, em que as enfermeiras lançaram mão de formulários específicos e da consulta de enfermagem para compreender as necessidades de saúde.

No entanto, houve ciência por parte dos enfermeiros de que o serviço não atende a todas as necessidades do usuário, mas atua principalmente na resolução da queixa problema, atende a sinais e a sintomas, a demanda.

Apreende-se que a visão do profissional sobre o que é a necessidade de saúde nem sempre consegue traduzir o que o cliente realmente necessita. Matumoto, Mishima e Pinto (2001) colocam que essa prática atual, de pronto atendimento, leva os profissionais de saúde a serem geradores de necessidades, pois resolvem somente a queixa-problema, gerando necessidade de mais consultas.

Stotz (1991) cita que o estudo de necessidades, sua ausência ou presença, representa o êxito ou fracasso da comunidade em resolver seus problemas de saúde, comunidade esta considerada como um conjunto de sistemas socioculturais no interior dos quais se encontra o sistema de saúde, portanto, o estudo de necessidades é um instrumento que permite observar os resultados da política de saúde para uma coletividade.

Dessa forma, a proposta de estudar as necessidades de saúde da mulher que amamenta, contribuiria não somente para identificar suas necessidades, durante o processo de amamentação, mas também construir subsídios para parâmetro de análise e elaboração das políticas de aleitamento materno do sistema de saúde.

Para isso, basear-nos-emos no levantamento de necessidades de saúde sob o ponto de vista da mulher que amamenta, não do profissional ou dos serviços de saúde, pois na visão deste, a assistência geralmente se baseia no atendimento das demandas que chegam ao serviço. Mais do que buscar as necessidades da mulher provedora de alimento do seu filho ou avaliar o processo de amamentação em si, nosso interesse é identificar quais as reais necessidades da mulher que amamenta, inserida no contexto familiar e social, pois pressupomos que essas necessidades nem sempre chegam aos serviços de saúde, uma vez que podem não se transformar em demandas.

Buscamos com este estudo construir subsídios para nortear os serviços de saúde em relação ao atendimento das necessidades de saúde das mulheres que amamentam, com o objetivo de melhorar a efetividade da proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, facilitar a identificação de fatores de risco para o insucesso da amamentação e contribuir para a definição de modelos de intervenção a serem aplicados na assistência em aleitamento materno.

2 OBJETIVOS

Os objetivos traçados para este estudo foram:

- Identificar as necessidades de saúde de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo, no processo de aleitamento materno.
- Relacionar as necessidades de saúde identificadas com o perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico dessas mulheres.
- Relacionar as necessidades de saúde identificadas com a situação de aleitamento materno dessas mulheres.

3 REFERENCIAIS TEÓRICOS

3.1 TAXONOMIA DE NECESSIDADES DE SAÚDE

A taxonomia de Necessidades de Saúde, segundo Matsumoto (1999), previamente apresentada na parte introdutória deste estudo, foi organizada, pela autora, com distintos enfoques e perspectivas sobre o tema, os quais foram desenvolvidos por autores diversos, com o objetivo de trabalhar com uma classificação que fosse mais operacional, organizada em quatro grupos descritos a seguir.

O primeiro grupo é denominado de *necessidades de boas condições de vida*, que incluem o direito de boas condições de moradia, de saneamento básico, alimentação adequada, emprego, educação. Nesse sentido, a saúde como qualidade de vida contempla as condições de vida e as relações sociais, superando, portanto, a visão polarizada da Medicina. Para tanto, é necessário o trabalho de intersetorialidade como estratégia política e operacional na promoção da saúde, superando a visão do homem como ser biológico, garantindo, assim, a ação integral de saúde (Matsumoto, 1999).

O segundo grupo, *necessidade de acesso a tecnologias de saúde para melhorar e prolongar a vida*, é entendido como a necessidade que as pessoas têm de poder utilizar a tecnologia certa, no momento certo, conforme sua necessidade, incluindo a garantia de ser visto pelo médico ou “equipe de acolhimento” quando está se sentindo doente e o acesso a todas as atividades ou recursos disponibilizados pelos serviços de saúde. A abordagem pode ser trabalhada em nível coletivo ou individual, com o atendimento à demanda espontânea pelos serviços de saúde (Matsumoto, 1999).

O terceiro grupo, *necessidade de criação de vínculos efetivos entre cada usuário e profissional e/ou equipe de saúde*, enquanto referência e relação de confiança, resulta na criação de um instrumento transformador na prática diária, capaz de valorizar a construção da autonomia dos sujeitos (Matsumoto, 1999). Para Cecílio (1994), vínculo implica em desenvolver relações próximas, para a sensibilização do profissional com o outro, em ter relação e integração com a comunidade, no seu território ou nos serviços de

saúde e se tornar referência para o usuário, em sentir-se responsável pela vida e morte do paciente dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada, nem impessoal. Para a criação do vínculo, portanto, é necessário restabelecer a arte da comunicação entre profissionais e usuários, equipe e família, instituição e sociedade (Matsumoto, 1999).

Enfim, o quarto grupo, *necessidade de se ter autonomia “no modo de andar a vida”*, traz como conceito que informação e educação em saúde são partes do processo de construção da autonomia do indivíduo, implicando na possibilidade de reconstrução do sentido da vida, com peso efetivo no seu modo de viver, incluindo a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível (Cecílio, 2001). O objetivo de um trabalho terapêutico, segundo Matsumoto (1999), deveria ser o de aumentar a capacidade de autonomia do usuário e percebê-lo enquanto sujeito em condições de escolher seu “modo de andar a vida”. Para isso, é necessário facilitar o autoconhecimento quanto ao seu corpo, a sua doença, a suas relações com o meio social, para que possa escolher entre vários “modos de andar a vida”.

Concordamos com Matsumoto (1999) que a apresentação dessa taxonomia torna a identificação e a classificação das necessidades de saúde mais operacional, sendo por essa razão, escolhida para ser utilizada como o referencial teórico deste estudo, para a construção e análise das necessidades de saúde de mulheres em período de amamentação, mediante discursos extraídos das entrevistas realizadas, classificando-as segundo os quatro grupos propostos pela autora. Acreditamos que a abrangência dos grupos apresentados colabora para analisar as necessidades da mulher no seu papel de nutriz, considerando o cenário do entorno social da mesma, o que nos possibilita ver além dos aspectos biológicos do processo de amamentar um filho.

Neste estudo, tendo por base as experiências relatadas pelas mulheres, optou-se pela utilização dessa taxonomia como forma de classificar as distintas necessidades de saúde apresentadas por essas mulheres durante o período de amamentação, possibilitando, assim, a análise dos dados e o alcance dos objetivos propostos.

3.2 MODELO TEÓRICO “PESANDO RISCOS E BENEFÍCIOS”

O modelo teórico “*Pesando Riscos e Benefícios*” de Silva (1997) foi utilizado, também como referencial para a análise das necessidades de saúde das mulheres em período de amamentação identificadas neste estudo.

Esse referencial compreende os fenômenos constitutivos da amamentação como um processo, que se expande nas demais interações da vida da mulher, no qual suas percepções sofrem modificações ao longo do curso da vivência de amamentar, num constante movimento, não estando o ato de amamentar centrado em uma interação bilateral e única de mãe-filho (Silva, 1997). Nesse modelo, percebe-se a mulher como responsável pelas decisões referentes à amamentação, mediante a percepção, interpretação e atribuição de significados à sua experiência de amamentar, na interação com seu ambiente natural.

Assim, para cada elemento significativo percebido no universo das interações da mulher, no período da amamentação, seja entre ela e seu meio, seja internamente, é atribuído um significado que simbolicamente se traduz em termos de riscos ou de benefícios, a ela ou ao seu filho. Para cada evento ocorrido, durante a experiência de amamentar, é atribuído um valor, que conduz ao conjunto de prioridades percebidas pela mulher em sua vida, na vida de seu filho, na sua família e no universo de suas relações (Silva, 1997).

As ações da mulher no processo de amamentar são determinadas por uma visão pessoal dessa experiência, que é construída com base em todas as interações vivenciadas em seu contexto. Assim, ela toma decisões em relação à amamentação, mediante um processo de percepção, interpretação e atribuição de significados para sua experiência de amamentar, em seu ambiente natural. Os elementos utilizados para isso originam-se de todos os processos interativos da mulher com os sujeitos e objetos sociais, a começar pelo seu filho, tomando como base as manifestações de comportamento da criança, sejam manifestações paraverbais, padrão de sono, vigília e

elementos concretos de condições de saúde e desenvolvimento da criança. Tais elementos, sujeitos à interpretação da nutriz, são avaliados segundo as expectativas e conhecimentos maternos, acerca da questão e movidos pelos sentimentos gerados em cada mamada, em cada situação vivida com a criança, em que possam estar relacionados os resultados do aleitamento materno. A mulher também identifica, percebe e interpreta elementos interativos em seu contexto, relacionados aos demais papéis que desempenha, além de ser mãe/nutriz, que de alguma forma, sofrem consequência ou interferência do ato de amamentar, pois ela não é somente aquela responsável por criar e nutrir seu filho, mas é uma mulher inteira, com vida profissional, afetiva e com projetos futuros de vida (Silva, 1997).

Sendo assim, a mulher percebe a amamentação como uma questão de assumir riscos, para ela ou para seu filho, ou de garantir benefícios, para ela, para seu filho ou para ambos. Essa visão do processo de amamentar possibilita compreender as diversas maneiras que as mulheres podem se comportar e agir em relação a uma prática, que tem sido considerada como instintiva e natural a todas as mães. Assim, é preciso considerar e valorizar as percepções maternas e femininas, que revestem a amamentação do significado simbólico de risco ou de benefício, reais ou potenciais, mas presentes no processo de amamentação e que determinam as tomadas de decisão da mulher. A interpretação de eventos e atribuição de significados à experiência é comum a todas, mas marcadamente singular para cada mulher e seu filho no seu processo de amamentar (Silva, 1997).

4 DESENHO DA PESQUISA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa e quantitativa, sendo um dos quatro subprojetos de um estudo maior, intitulado “A interface da performance de amamentação, características biológicas e sociais de mães/nutrizes e suas necessidades de saúde e qualidade de vida”. Este projeto é desenvolvido pelo NEPAL, financiado pela FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) e tem como objetivo geral compreender e retratar a percepção de necessidades de saúde e qualidade de vida de nutrizes, desde a instalação do aleitamento até o desmame.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A coleta dos dados foi realizada no Centro de Saúde Escola Professor Samuel Barnsley Pessoa (CSE Butantã), no município de São Paulo, Distrito Sanitário do Butantã, que abrange cinco microáreas e corresponde a 3,8% da área do município de São Paulo. É uma região com grandes desigualdades, no que se refere ao setor econômico, qualidade de vida, indicadores sociais e de saúde, bem como na ocupação do terreno e condições de moradia. Os moradores da região pertencem a grupos heterogêneos de alta, média e baixa renda. Trata-se de uma região predominantemente residencial com instalação de comércio varejeiro e indústrias ao seu redor.

As ações desenvolvidas no CSE Butantã, voltadas para o aleitamento materno, incluem a oferta de grupos educativos para gestantes no último trimestre de gestação, grupos com mães para verificar dúvidas quanto ao aleitamento e cuidados do recém-nascido, sendo os mesmos realizados na própria unidade. O serviço oferece também grupos na comunidade da favela São Remo para gestantes e para mães e bebês, com a participação dos pais e dos avós e da equipe multiprofissional. É realizada a visita domiciliária para a mãe e ao recém-nascido, logo após o nascimento, tendo como principal objetivo o apoio ao aleitamento e o

estreitamento de vínculos, para as mulheres que realizaram o pré-natal no serviço. No setor de pediatria, é realizada a 'consulta de enfermagem' pela enfermeira e o 'atendimento de enfermagem' pela equipe de enfermagem. Todo caso novo de crianças atendidas no serviço tem o atendimento voltado para o aleitamento materno, sendo a consulta realizada pelos residentes de pediatria e assistentes.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo constituiu-se de mulheres que compareceram ao CSE Butantã, para consultas rotineiras do serviço de pediatria e puericultura para acompanhamento de seus filhos ou para vacinação. Foram incluídas as mulheres com filho de até seis meses de idade, que estavam amamentando, exclusivamente ou não, ou que desmamaram, mas tiveram a experiência de amamentar o filho por qualquer período. Não houve restrição com relação à idade, paridade ou condição socioeconômica.

A definição pela idade das crianças, relacionada ao tempo de amamentação, deu-se pelo fato de o período de licença-maternidade coincidir com o quarto ou quinto mês de vida da criança, período em que as mulheres já voltaram ou estão se preparando para reassumir atividades extraluar, e dessa forma poder encontrar ou identificar distintas necessidades ao longo do período de aleitamento materno. Cabe lembrar que, no período de coleta de dados, o Projeto de Lei 2513/07, que amplia a licença-maternidade de 120 para 180 dias, ainda não havia sido aprovado, pois foi sancionado pelo Presidente da República somente em 9 de setembro de 2008 (Brasil, 2008a).

Quanto a não haver determinação de período mínimo de amamentação, é pelo fato de considerarmos que qualquer tempo de aleitamento, exclusivo ou não, pode gerar problemas de toda ordem para a mulher e nos fornecer maior riqueza de dados relativos ao objeto do estudo - as necessidades de saúde.

Para a amostra incluímos todas as mulheres que aceitaram participar do estudo durante o período de coleta de dados, de maio de 2007 a maio de 2008, dessa forma o tamanho amostral deste estudo foi definida com base na totalidade de possibilidade de acesso às mulheres com as características referidas para inclusão, durante o período estabelecido para a coleta de dados, não tendo sido previamente calculada. A amostra inicial foi de 248 mulheres, porém houve oito desistências durante o período de coleta dos dados e duas exclusões por perda do material gravado. Portanto, a amostra final deste estudo foi de 238 mulheres.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e do CSE Butantã, local do estudo, foi realizada uma reunião com a direção dessa Instituição para definir a operacionalização da coleta dos dados. Com intenção de não haver qualquer interferência na dinâmica do serviço e ao mesmo tempo garantir o acesso ao público-alvo da pesquisa, foi acordado que inicialmente, os dados seriam coletados em duas tardes por semana, porém pouco tempo após o início da coleta dos dados, a unidade aderiu a uma greve de servidores públicos, que durou cerca de um mês. Dessa forma, preocupadas em entrevistar o maior número possível de mulheres, durante o período proposto, foi requisitado a extensão do número de dias liberados para a coleta. Como fomos prontamente atendidas pela direção, a partir daquele momento passamos a frequentar a unidade quatro tardes da semana.

As mulheres foram identificadas na sala de espera para consultas regulares agendadas para a criança, no setor de pediatria e puericultura, e abordadas antes da consulta médica ou de enfermagem. A identificação deu-se por contato visual, daquelas que aparentemente estavam com crianças menores de seis meses. A idade da criança foi confirmada com a mãe, antes de convidá-la para participar da pesquisa. Na ausência de mulheres que obedeciam aos critérios de inclusão na sala de espera da

pediatria, abordávamos também as mães na sala de espera do setor de vacinação, visando a obter o maior número possível de sujeitos na pesquisa.

Os objetivos do estudo foram esclarecidos e foram garantidos o anonimato e sigilo de sua participação nos resultados da pesquisa. Foi assegurado seu voluntariado, garantindo-lhe que a sua recusa em participar do estudo, ou sua saída, a qualquer momento que desejasse, não acarretaria prejuízos em seu atendimento ou de qualquer de seus familiares. Foram elucidados os procedimentos da pesquisa e solicitada a permissão para gravação da entrevista em gravador digital.

As mulheres que estavam amamentando os seus filhos, independente do tipo de aleitamento, participaram também do subprojeto “Avaliação e percepção de nutrízes acerca de sua qualidade de vida” (Aragaki, 2008). Assim sendo, antes da apresentação e leitura do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE) foi perguntado à mulher se ela estava ou não amamentando a criança, pois isso direcionou a apresentação do referido documento. Para as mulheres que estavam amamentando e participaram dos subprojetos ‘Necessidades de Saúde’ e ‘Qualidade de Vida’ foi apresentado o TCLE comum aos dois estudos (APÊNDICE 1). Para as que haviam desmamado os seus filhos e, portanto, participariam apenas desta pesquisa, foi apresentado o TCLE do subprojeto ‘Necessidades de Saúde’ (APÊNDICE 2).

Após leitura do TCLE e fornecidos todos os esclarecimentos, foi solicitada sua assinatura, se assim o desejasse e estivesse de acordo. No caso de mulheres menores de 18 anos, foi solicitada a assinatura do seu responsável legal, quando presente. Foi entregue uma cópia à mulher e outra permaneceu sob a guarda das pesquisadoras.

O preenchimento do formulário de coleta de dados (APÊNDICE 3) e a entrevista foram realizados em local privativo, na sala de pós-consulta do setor de pediatria. Algumas entrevistas tiveram que ser interrompidas, para a realização da consulta da criança com o pediatra, porém logo retomadas após o término da consulta. Nesse processo, oito mulheres desistiram de participar do estudo, pois relataram não ter mais tempo disponível para finalizar a entrevista.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora deste estudo, por uma doutoranda em Enfermagem e uma aluna de iniciação científica, membros do NEPAL, devidamente treinadas, que estão inseridas no projeto maior, já referido anteriormente, intitulado “A interface da performance de amamentação, características biológicas e sociais de mães/nutrizes e suas necessidades de saúde e qualidade de vida”.

4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Para este estudo, foram utilizadas duas diferentes estratégias de coleta de dados, integrando técnicas para a abordagem quantitativa e qualitativa da pesquisa, buscando suas interfaces.

A seleção das técnicas e instrumentos para a obtenção dos dados foi definida em função de se pretender apreender de forma mais ampla a realidade das mulheres que amamentam ou amamentaram os seus filhos.

O formulário de coleta de dados (APÊNDICE 3) foi constituído de três partes:

- a parte 1 teve a finalidade de fazer o levantamento da caracterização biológica, social e econômica da mãe e da criança, bem como a situação de amamentação, compreendendo as variáveis quantitativas e qualitativas do estudo;
- a parte 2 trata-se de instrumento de avaliação da qualidade de vida, utilizado para o estudo de Aragaki (2008), como citado anteriormente, lembrando que somente as mulheres que ainda estavam amamentando os seus filhos responderam a essa parte;
- a parte 3 abrange as três perguntas norteadoras utilizadas para este estudo, visando a identificar as necessidades de saúde da nutriz.

Após o acordo da mulher em participar da pesquisa, foram colhidos os dados relativos à identificação, história obstétrica e de amamentação, e caracterização socioeconômica, sendo registrados na parte 1 do formulário de coleta de dados. A seguir foi realizada entrevista em profundidade, do

tipo semiestruturada, sendo as falas das mulheres registradas por meio de gravador digital e posteriormente transcritas e analisadas.

A pergunta norteadora, *“Como tem sido para a senhora essa experiência de amamentar seu filho, desde o nascimento até agora (ou até o desmame)?”*, refere-se à história de amamentação, contada pela mulher, desde o nascimento do seu filho até o momento atual, ou até o desmame. Devido à abrangência dessa questão, foram elencados alguns aspectos a serem abordados no decorrer da entrevista, com o objetivo de captar as várias nuances do tema necessidades de saúde, baseada na taxonomia utilizada neste estudo. Sendo assim, as questões de aprofundamento versaram sobre a experiência de amamentar durante a internação na maternidade e as condições de amamentação na ocasião da alta; a experiência de amamentar quando retornou ao lar até o momento atual ou até o desmame; os aspectos relacionados ao acesso, ao acolhimento e resolutividade na procura pelos serviços de saúde. As outras duas questões, *“O que a senhora acha que é necessário para que a mãe consiga amamentar o seu filho?”* e *“O que a senhora acha que é necessário um profissional de saúde fazer para que a mãe consiga amamentar o seu filho?”*, buscaram resgatar da mulher a sua percepção de necessidades de saúde durante o período da amamentação.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

4.6.1 Análise dos dados quantitativos

Os dados foram lançados em uma planilha eletrônica e analisados, utilizando-se o programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows.

Os resultados foram apresentados de forma descritiva, em frequências absolutas e percentuais, médias e medianas. Para o tratamento estatístico, foi utilizado o Teste do Qui-Quadrado para verificar a existência de possíveis associações entre variáveis qualitativas e o Teste exato de

Fisher, quando mais de 20% dos valores esperados nas células da tabela foram menores que cinco. Todos os testes foram aplicados, admitindo-se uma probabilidade de ocorrência para o erro de primeira espécie de 5% (Berquó, Souza e Gotlieb, 1980).

4.6.2 Organização dos dados qualitativos

Para análise dos dados, que buscam atender aos objetivos do estudo, como já mencionado, utilizamos para a classificação das necessidades de saúde a taxonomia de Necessidades de Saúde apresentada por Matsumoto (1999): “necessidade de boas condições de vida”, “necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida”, “necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe” e “necessidade de se ter autonomia no modo de andar a vida”, as quais nos apresentam para este estudo como categorias de análise. Também, como já referido, para nortear a análise e discussão dos dados, utilizamos o modelo teórico “Pesando riscos e benefícios” proposto por Silva (1997), que nos permitiu enriquecer a discussão dos resultados sob a ótica da mulher que amamenta.

As falas foram organizadas para uma interpretação na perspectiva de identificação das necessidades de saúde das mulheres, conforme as etapas da estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que permite construir discursos-síntese com base nos trechos da fala de cada indivíduo, para expressar uma dada *figura*, ou seja, um dado pensar social de um determinado fenômeno. O DSC consiste na organização e tabulação de dados qualitativos obtidos de material verbal, de depoimentos de um conjunto de indivíduos representativos de uma coletividade.

A proposta consiste em analisar o material verbal coletado, extraindo-se de cada depoimento as ideias centrais e/ou ancoragens e as suas expressões-chave correspondentes. Com essas expressões-chave compõe-se um ou vários discursos-síntese. O Sujeito Coletivo se expressa, então, por meio de um discurso emitido na primeira pessoa do singular, tratando-se de um “eu” sintático que representa, ao mesmo tempo, a presença de um

sujeito individual no discurso e uma referência coletiva, à medida que esse eu fala em nome de uma coletividade (Lefèvre e Lefèvre, 2005).

Entre as figuras metodológicas do DSC, destaca-se neste estudo a Ideia Central que traduz o aspecto essencial do conteúdo descritivo verbalizado pelos sujeitos e as expressões-chave, transcrições literais de partes das falas as quais resgatam a essência do discurso correspondente às questões da pesquisa, usada para expor as ideias e interpretar o dado obtido que se refere às necessidades de saúde de nutrizes.

As expressões-chave consistem em fragmentos, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser destacados pelo pesquisador. As expressões-chave revelam a essência do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento.

Considerando cada depoimento isoladamente, a ideia central é uma descrição do sentido desse discurso. Ela, então, revela e descreve, de maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada expressão-chave, ou conjunto homogêneo de expressões-chave, retirados do discurso. As ideias centrais podem ser resgatadas por meio de descrições diretas do sentido do depoimento, revelando o que foi dito ou descrições indiretas ou mediatas, que revelam o tema do depoimento ou sobre o que foi dito.

Pode-se dizer que a pesquisa envolvendo a técnica de Discurso do Sujeito Coletivo é qualitativa, no sentido de que seu objeto - o pensamento coletivo - não é dado, *a priori*, por atributos externos quantificáveis, mas produzidos, *a posteriori*, e composto de qualidades que os sujeitos manifestam, desdobram, constroem, e tais qualidades aparecem como resultado do processo de pesquisa. No entanto, uma vez processadas pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e transformadas em expressões-chave, ideias centrais e finalmente discursos do sujeito coletivo, essas qualidades passam a permitir tratamento quantitativo, como por exemplo, em que faixa etária ou nível de renda uma dada ideia central ou discurso são mais frequentes.

Assim, para este estudo, de acordo com as etapas referidas, após a transcrição, foram identificadas e destacadas no discurso as expressões-

chave e a seguir, foram identificadas as ideias centrais, agrupando as de mesmo sentido ou de sentido equivalente ou complementar, denominando cada um dos grupamentos, criando assim uma ideia central síntese, que expressava, da melhor maneira possível, todas as ideias centrais e ancoragens de mesmo sentido, no caso, as necessidades de saúde.

Dever-se-ia construir um Discurso do Sujeito Coletivo para cada grupamento de necessidade de saúde, identificado anteriormente. Optou-se, no entanto, para esta fase do trabalho, por trabalhar apenas com as ideias centrais (as necessidades de saúde), ilustrando-as com as expressões-chave extraídas dos discursos das 238 mulheres entrevistadas neste estudo. Na apresentação dos resultados, cabe ressaltar que foram escolhidas apenas algumas expressões-chave que melhor exemplificavam a necessidade de saúde identificada.

Para a organização e análise destes dados, foi utilizado o Software “Qualiquantisoft”, de Lefèvre, Lefèvre (2005), sendo identificadas as expressões-chave e respectivas ideias centrais, de acordo com os objetivos da pesquisa. As ideias centrais foram agrupadas em categorias, nomeadas de acordo com as diferentes necessidades de saúde, identificadas por meio das falas das mulheres e lançadas em planilha Excel e organizadas para a realização de análise estatística, buscando relacionar as necessidades com as variáveis que caracterizam as mulheres do estudo, utilizando o programa SPSS for Windows.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e do CSE Butantã (ANEXO 1). Todas as mulheres foram abordadas quanto ao seu desejo e consentimento de utilização dos dados levantados na entrevista, para a realização da presente proposta de investigação.

Todo o procedimento de coleta de dados, já descritos anteriormente,

seguir as diretrizes traçadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Conselho Nacional de Saúde, 1996).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES DO ESTUDO E SEUS FILHOS QUANTO AO PERFIL SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO

Os dados de caracterização das 238 mulheres do estudo e seus filhos, quanto aos perfis socioeconômicos, demográficos e obstétricos foram descritos nos dados das Tabelas 1 e 2.

Tabela 1- Distribuição das mulheres, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos, São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	N	%
Classificação de idade	Adolescente	25	10,5
	Não adolescente	213	89,5
	Total	238	100,0
Idade da criança (em dias)	Até 30	36	15,1
	De 31 a 120	135	56,7
	Acima de 120	67	28,2
	Total	238	100,0
Escolaridade (em anos)	De 1 a 4	24	10,1
	De 5 a 8	61	25,6
	De 9 a 11	126	52,9
	Mais de 11	27	11,4
	Total	238	100,0
Reside com o companheiro	Sim	196	82,4
	Não	41	17,2
	Viúva	1	0,4
	Total	238	100,0
Renda familiar (em salários mínimos)	Não sabe	4	1,7
	Até 1	17	7,1
	Mais de 1 a 3	137	57,6
	Mais de 3 a 7	53	22,3
	Mais de 7	27	11,3
	Total	238	100,0
Trabalho extraluar	Trabalha e tem licença	85	35,7
	Trabalha e não tem licença	25	10,5
	Não trabalha	128	53,8
	Total	238	100,0

Quanto à variável idade das mulheres, em lugar de classificá-las por faixa etária, optamos pela categorização ser ou não adolescente. O conceito de adolescência utilizado neste estudo foi o da Organização Mundial da Saúde, que a define como sendo a etapa do desenvolvimento humano que compreende a idade entre 10 e 19 anos, quando acontecem diversas mudanças físicas, psicológicas e comportamentais (OMS, 1975).

De acordo com os dados da Tabela 1, o número de adolescentes entrevistadas foi de 25 (10,5%) do total de participantes. Segundo resultados encontrados na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, o percentual de gravidez em adolescentes vem aumentando, compreendendo 3,7%, em 1996, e 8,2%, em 2006, no Estado de São Paulo (Brasil, 2006b). Assim, nosso estudo mostra a tendência de aumento desse segmento da população na situação de maternidade. No estudo de Bergamaschi e Praça (2008), sobre a vivência da puérpera adolescente no cuidado do recém-nascido, estas citam que a gravidez nesse período implica reestruturação e reajustamento pessoal e social, em que há uma redefinição de papéis e geração de novos conflitos, porém a maioria das mães adolescentes desenvolve uma relação cuidadosa e envolvente com seu filho. Ao mesmo tempo que mostram responsabilidades, ao assumirem novo papel de mãe, adotam integralmente os cuidados de seu filho, mas lamentam-se pois os recém-nascidos são muito exigentes em sua necessidade de atenção.

A classificação quanto à idade da criança, de 30, 120 e 180 dias foi intencionalmente realizada, por duas razões. Primeiro, por ser esta utilizada internacionalmente como pontos de corte, a fim de padronizar e facilitar a análise de resultados, comparando com os de outros estudos (Sena, Silva e Pereira, 2007a). Ainda, outro fator que contribuiu para essa decisão, foi o fato de que, na época do estudo, os 120 dias de vida da criança coincidiam com o término do período de licença-maternidade, previsto por lei, vigente naquele período, o que poderia nos mostrar diferentes necessidades com o retorno da mulher trabalhadora ao mercado de trabalho.

Neste estudo, entre as participantes, encontramos 135 (56,7%) mães de crianças com idade entre 30 e 120 dias, e 36 (15,1%) tinham filhos

até 30 dias. Ao que cabe salientar que, dentre estas, 5 (13,9%) com idade de até 10 dias e 11 (30,5%) com até 20 dias de vida, demonstrando uma procura precoce pelo serviço de saúde, o que é desejável, pois muitos problemas com relação à amamentação ocorrem no período puerperal.

Quanto aos anos de escolaridade, a maioria das mulheres 126 (52,9%) tinha de 9 a 11 anos de estudo, o que corresponde ao ensino médio, completo ou incompleto. Uma pequena parte da amostra 27 (11,4%) tinha mais de 11 anos de estudo, correspondendo ao ensino superior, completo ou incompleto. Embora não tenha tido mulheres sem nenhuma instrução, consideramos que a porcentagem daquelas com instrução de apenas 1 a 4 anos, 24 (10,1%) ainda é preocupante, uma vez que uma parcela delas era relativamente jovem, sendo 4 (16,7%) com menos de 25 anos e 12 (50%) entre 25 e 35 anos de vida. O número de anos de instrução de 1 a 4 é utilizado como indicador de nível de escolaridade e considerado como analfabetismo funcional*, cuja proporção vem decrescendo no Brasil, mas ainda mantém níveis elevados. Na região Sudeste, em 1993, era de 24,8% e, em 2005, de 15,8%, na zona urbana (Brasil, 2008b).

Observamos também que embora a grande maioria das mulheres 196 (82,4%) vivesse com o companheiro e, dessa forma, pressupondo que o mesmo está assumindo a co-responsabilidade nos cuidados com a criança, encontramos 41 (17,2%) das mulheres vivendo sem o apoio do companheiro, em um período recente, após o parto (6 meses ou menos).

A renda familiar foi classificada com base no valor do salário mínimo da época em que ocorreu a entrevista (R\$350,00 e R\$380,00). O valor médio da renda familiar foi de R\$ 1.424,18, com grande desvio-padrão, de R\$ 1.719,65, a mediana foi de R\$ 990,00, o valor mínimo de R\$200,00 e máximo de R\$ 15.000,00.

Percebemos uma grande diferença entre os valores mínimo e máximo da renda, ilustrando a realidade brasileira, em que há grandes

* Analfabeto funcional- indivíduo que não pode participar em atividades nas quais a alfabetização é requerida para atuação eficaz em seu grupo ou comunidade, nem fazer uso contínuo da leitura, da escrita e da aritmética, para desenvolvimento próprio e de sua comunidade (UNESCO. Analfabetismo funcional em sete países de América Latina. Santiago, 2000)

divergências sociais e de poder aquisitivo da população. A região, local do estudo, apresenta grande desigualdade na condição econômica da população residente, inclusive nas condições de moradia. Houve, também, 17 (7,1%) da amostra que referiram uma renda familiar de menos de um salário mínimo, evidenciando a questão do trabalho informal, em razão do problema de desemprego, não contando, por isso, com uma renda mínima e fixa, estabelecida por lei, ou ainda, o fato de depender naquele momento de ajuda econômica de familiares. As 4 (1,7%) mulheres que citaram não saber dar essa informação eram adolescentes e não contribuíam para a renda familiar.

Para enriquecer a discussão, investigamos a possível relação entre a renda familiar e o nível de escolaridade, na qual encontramos associação estatisticamente significativa ($\chi^2= 63,45$ e $p< 0,001$) entre estas variáveis. Assim, como previsto, quanto maior o nível de escolaridade da mulher, maior foi a renda familiar, para o qual, das 27 (100,0%) mulheres com escolaridade maior do que 11 anos, a maioria, 14 (51,9%) referiu renda familiar maior que sete salários mínimos.

Ao realizarmos um recorte para as 25 (100%) mulheres adolescentes deste estudo, verificamos que 100% delas não exerciam atividade extraluar, e 21 (84,0%) relataram ser donas de casa e apenas 4 (16,0%) referiram ainda estar estudando, sugerindo abandono escolar, visto que a maior parte, 12 (48,0%), encontrava-se na faixa entre 5 e 8 anos de estudo, significando que mal completaram o ensino fundamental. A maioria delas 18(72,0%) referiu viver com o companheiro, porém nesta pesquisa não se investigou se permaneciam vivendo ou não com os pais. Quanto à renda familiar, a maioria delas 12 (57,1%) relatou renda de um a três salários mínimos. No entanto, questionamos a respeito da exatidão da informação fornecida pelas mulheres, pois como foi comentado anteriormente, nenhuma contribuía para a renda familiar e algumas nem sabiam o valor da renda familiar.

Na totalidade da amostra, a maioria das mulheres, 128 (53,8%), não exercia atividade extraluar, o que supostamente, evidenciaria maior disponibilidade para amamentar a criança. Das mulheres que citaram

exercer atividade extraluar, 85 (35,7%) delas eram registradas formalmente no mercado de trabalho, tendo então direito a usufruir do período de licença-maternidade que, na época, era de 120 dias garantidos por lei. Entretanto, 25 (10,5%) mulheres referiram trabalhar no mercado de trabalho informal, o que poderia gerar insegurança quanto ao retorno ao serviço, após o parto.

Recentemente, as mulheres brasileiras obtiveram uma grande conquista, com a aprovação da Lei n. 11.770, de 09 de setembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União em 10 de setembro de 2008, que cria o programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, alterando a Lei n. 8.212, de 24 de julho de 1991. Esta lei prevê incentivo fiscal para empresas do setor privado que aderirem à prorrogação da licença-maternidade por mais 60 dias, passando de 120 para 180 dias.

Desse modo, a prorrogação será garantida à empregada da pessoa jurídica que aderir ao Programa, desde que a empregada a requeira até o final do primeiro mês após o parto e será concedida, imediatamente, após a licença-maternidade anteriormente regulamentada. Autoriza também a administração pública direta, indireta e fundacional, a instituir programa que garanta prorrogação da licença-maternidade para suas servidoras. Determina que, durante o período de prorrogação da licença-maternidade, a empregada terá direito a seu salário integral, porém não poderá exercer qualquer atividade remunerada e a criança não poderá ser mantida em creche ou organização similar (Brasil, 2008a).

Embora a aderência a esse Programa seja facultativo às empresas, consideramos um estímulo para que as mulheres possam dedicar-se à maternidade por um período maior de tempo e, conseqüentemente, melhorar as taxas de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida da criança, como recomendado pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde (Brasil, 2002b; Kramer e Kakuma, 2008).

Das 128 (100%) mulheres que não trabalhavam, 123 (96,1%) eram do lar e cinco (3,9%) eram estudantes. Nos dados da Tabela 2 apresentamos a distribuição das 110 mulheres que referiram trabalho extraluar, segundo o tipo de ocupação, de acordo com a CBO - Classificação Brasileira de Ocupação (Brasil, 2002c).

Tabela 2- Distribuição das mulheres, segundo o tipo de ocupação de acordo com a CBO - Classificação Brasileira de Ocupação, São Paulo, 2008

Tipo de ocupação	N	%
Profissionais das ciências e das artes	11	10,1
Técnicos de nível médio	5	4,6
Trabalhadores de serviços administrativos	22	20,1
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	50	45,9
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	5	4,6
Trabalhadores de reparação e manutenção	16	14,7
Total	109*	100,0

*Total menor que 110, pois não foi possível a recuperação da informação

O grupo de profissionais das ciências e das artes compreende ocupações cujas atividades principais requerem para seu desempenho conhecimentos profissionais de nível superior, das ciências físicas, biológicas, sociais e humanas e, também, pessoal das artes e desportos cujo exercício profissional requer alto nível de competência, abrangendo apenas 11 (10,1%) da amostra.

Houve pequena frequência 5 (4,6%) de mulheres pertencentes ao grupo dos técnicos de nível médio, que compreende as ocupações cujas atividades requerem conhecimentos técnicos e experiência de uma ou várias disciplinas das ciências físicas e biológicas ou das ciências sociais e humanas.

Os trabalhadores de serviços administrativos compreendem os que realizam trabalhos burocráticos e trabalhadores administrativos de atendimento ao público, com exceção daqueles cujas atividades são

complexas e que exigem formação de nível técnico ou superior. Encontramos 22 (20,1%) de mulheres que exerciam atividades relativas a esse grupo.

Houve maior frequência de mulheres 50 (45,9%) no grupo dos trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados, que compreende as ocupações cujas tarefas requerem conhecimento e experiências necessários à prestação de serviços às pessoas, serviços de proteção e segurança ou venda de mercadorias em comércio e mercados. Tais atividades incluem serviços relacionados a trabalhos domésticos, restaurantes e cuidados pessoais, proteção às pessoas e bens, manutenção da ordem pública e vendas, com exceção daqueles cujas atividades são complexas e que exigem formação de nível técnico ou superior. Para esse grupo de mulheres, houve predomínio das atividades voltadas ao comércio e serviços domésticos.

Os trabalhadores da produção de bens e serviços industriais compreendem as ocupações cujas atividades requerem conhecimentos para produzir bens e serviços industriais, como trabalhadores de produção extrativa, da construção civil e da produção industrial, da indústria têxtil, do vestuário, das artes gráficas, etc. Não incluem aqueles cujas atividades são complexas e que exigem formação de nível técnico ou superior. Tivemos apenas 5 (4,6%) de mulheres pertencentes a esse grupo.

Os trabalhadores de reparação e manutenção compreendem as ocupações cujas atividades exigem conhecimentos para reparar e manter toda sorte de bens e equipamentos de uso pessoal, instituições, empresas e do governo, com exceção daqueles cujas atividades são complexas e que exigem formação de nível técnico ou superior. Houve uma frequência de 16 (14,7%) de mulheres nesse grupo.

No geral, uma pequena porcentagem de mulheres exercia atividades de nível técnico ou superior, abrangendo apenas 16 (14,7%) da amostra, e a maioria exercia ocupação que não exigia formação específica.

A seguir, nos dados da Tabela 3, apresentamos as mulheres do estudo, segundo o perfil obstétrico, abrangendo características do pré-natal, parto e da criança.

Tabela 3- Distribuição das mulheres, segundo o perfil obstétrico, São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	N	%
Início do pré-natal (em semanas de idade gestacional)	Até 12	193	81,4
	Acima de 12 a 24	42	17,7
	Acima de 24	2	0,9
	Total	237*	100,0
Local do pré-natal	Serviço público	197	82,8
	Serviço privado	6	2,5
	Médico de convênio	35	14,7
	Total	238	100,0
Local do parto	Hospital particular	9	3,8
	Hospital de convênio	33	13,8
	Hospital público	193	81,1
	Outro	3	1,3
	Total	238	100,0
Paridade	Primípara	113	47,5
	Não primípara	125	52,5
	Total	238	100,0
Tipo de parto	Normal	114	47,9
	Cesárea	92	38,7
	Fórcipe	32	13,4
	Total	238	100,0
Sexo da criança	Masculino	106	44,5
	Feminino	132	55,5
	Total	238	100,0
Criança prematura	Sim	16	6,7
	Não	222	93,3
	Total	238	100,0
Peso da criança ao nascimento (em gramas)	Até 2.500	17	7,1
	De 2.501 a 3.500	158	66,4
	Acima de 3.500	63	26,5
	Total	238	100,0

* Total menor que 238, pois não foi possível a recuperação da informação

Quanto ao período de início de pré-natal, a maioria das mulheres do estudo 193 (81,4%) começou antes das 12 semanas de idade gestacional, evidenciando um bom acompanhamento da gestação, possibilitando um contato maior com os serviços de saúde, e, conseqüentemente, maior

oportunidade para que a mulher receba orientações e incentivo para a prática do aleitamento materno. Para essa variável, o N foi de 237 mulheres, porque não foi possível recuperar essa informação em um dos questionários, pois o número de telefone fornecido pela mulher era inexistente.

A maioria das mulheres 197 (82,8%) referiu ter realizado o pré-natal nas unidades básicas de saúde ou nos hospitais públicos, bem como terem dado à luz nessa categoria de hospitais, abrangendo 193 (81,1%) da amostra.

Quanto à paridade, houve uma frequência aproximada entre primíparas 113 (47,5%) e mulheres com mais de um filho 125 (52,5%). O mesmo ocorreu quanto à variável sexo da criança, com 132 (55,5% de mulheres com filhos do sexo feminino e 106 (44,5%) cujos filhos eram do sexo masculino.

O tipo de parto de maior frequência foi o normal, com 114 (47,9%) da amostra, seguido do parto cesárea, com frequência de 92 (38,7%), muito acima do que o Ministério da Saúde recomenda, que é de apenas 15% (Brasil, 2006a). Diante deste resultado, sentimos necessidade de investigar melhor a relação entre o local do parto com o tipo de parto. Nesta análise, verificamos uma associação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 24,34$ e $p < 0,001$) entre tipo de parto e local de nascimento da criança, onde, as maiores frequências percentuais de parto cesárea concentraram-se para as mulheres atendidas em hospitais privados (77,8%) e nos hospitais conveniados (66,7%), contra apenas 32,6% das que deram à luz nos hospitais públicos.

Observamos que a frequência de parto cesárea foi menor nos hospitais públicos, porém ainda representa acima do dobro do índice recomendado pelo Ministério da Saúde. Em 2004, no Brasil, ocorreram 2.552.766 nascimentos, desses 87,9% (2.243.779) foram atendidos pelo SUS e 12,1% (308.987) no setor de saúde suplementar. Dentre os nascimentos ocorridos no setor de saúde suplementar, 79,7% (246.264) foram de parto cesárea. Para o mesmo período, o SUS registrou uma taxa de 27,53% de partos cesáreas (Brasil, 2006a).

Apenas 16 (6,7%) das mulheres participantes do estudo referiram ter tido filho prematuro, o que representa uma taxa compatível em relação ao encontrado em literatura. Silveira et al. (2008) em revisão de estudos sobre a prematuridade no Brasil, encontraram indícios de aumento crescente a partir da década de 1990, e a prevalência de prematuridade variou de 3,4% a 15%, nas regiões Sul e Sudeste, entre 1978 e 2004.

A média de peso de nascimento da criança foi de 3.216,3 gramas, com desvio-padrão de 517,2 gramas. O peso mínimo foi de 880 e o máximo de 4.680 gramas. A maioria das mulheres 158 (66,4%) referiu peso de nascimento de seus filhos na faixa entre 2.501 a 3.500 gramas.

5.2 APRESENTAÇÃO DAS MULHERES DO ESTUDO E SEUS FILHOS QUANTO À SITUAÇÃO DE ALEITAMENTO

Do total de 238 mulheres participantes, 221 (92,9%) estavam amamentando e 17 (7,1%) haviam desmamado (D) seus filhos.

Das 221 (100%) mulheres que amamentavam seus filhos, 142 (64,3%) estavam praticando aleitamento materno exclusivo (AME), 37 (16,7%) aleitamento materno predominante (AMP) e 42 (19,0%) aleitamento materno (AM).

Considerando que, na definição de aleitamento materno predominante*, não se inclui a oferta de outro leite ou alimento, mas somente de água ou chás, podemos totalizar 179 mulheres (81,0%) que ofereciam somente seu próprio leite como fonte de alimento para a criança.

Das 96 (100%) mulheres que, no momento da entrevista, não estavam em aleitamento materno exclusivo ou haviam desmamado seus filhos, 7 (7,3%) delas referiram que a criança recebeu esse tipo de aleitamento até a primeira semana de vida, e duas delas citaram ter amamentado durante a internação no hospital, porém não exclusivamente tendo a criança já recebido outro leite, desde os primeiros dias de vida. Outras 35 (36,5%) mulheres praticaram AME entre 8 a 30 dias, 14 (14,6%) mulheres de 31 a 60 dias, 20 (20,8%) entre 61 a 90 dias, 13 (13,5%) entre 91 a 120 dias e 7 (7,3%) mais do que 120 dias.

* - Aleitamento materno exclusivo - a criança recebe apenas leite materno, diretamente da mama ou extraído e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de medicamentos ou suplementos vitamínicos.

-Aleitamento materno predominante - a criança recebe leite materno de forma predominante e outros líquidos que não sejam suplementos lácteos (água, chá, dentre outros).

-Aleitamento materno – a criança recebe leite materno, diretamente da mama ou extraído, independente de estar recebendo também qualquer outro alimento líquido ou sólido, inclusive outros leites (WHO, 1992).

Tabela 4 – Distribuição das mulheres, segundo a época em que ocorreu o desmame da criança, São Paulo, 2008

Época do desmame (em dias de vida da criança)	N	%
Até 30	4	23,5
De 31 a 120	10	58,8
Acima de 120	3	17,7
Total	17	100,0
Média= 75,71 desvio-padrão= 46,07 mediana= 60 mínima= 7 máxima= 165		

No que concerne à época do desmame, os dados expostos na Tabela 4 mostram que das 17 (100%) mulheres que desmamaram seus filhos, a maioria delas 10 (58,8%) desmamou entre 31 a 120 dias de vida da criança e 4 (23,5%) antes do primeiro mês de vida.

Com o objetivo de enriquecer a discussão, procuramos analisar as particularidades dessas 17 mulheres que já haviam desmamado seus filhos, na data da entrevista. Verificamos que o desmame parece não ter sofrido influência das condições de trabalho dessas mulheres, uma vez que a maioria, 10 (58,8%) eram donas de casa, 4 (23,5%) trabalhadoras com direito à licença-maternidade e apenas 3 (17,6%) trabalhavam no mercado informal e, portanto, não tinham direito à licença-maternidade.

Ao relacionarmos isoladamente, as mulheres que já haviam desmamado seus filhos com as demais variáveis do estudo, encontramos associação estatisticamente significativa em relação ao nascimento prematuro da criança. Assim, 4 (23,5%) delas citaram ter dado à luz crianças prematuras e 13 (76,5%) crianças de termo, com associação estatística significativa ($\chi^2 = 5,48$ e $p = 0,019$), quando comparadas às mulheres ainda em aleitamento, e apenas 12 (5,4%) mencionaram nascimento de crianças prematuras, 209 (94,6%) não, evidenciando que a prematuridade da criança é um dado importante a ser considerado, quando falamos em manutenção do aleitamento materno.

A seguir, procuramos relacionar a situação de aleitamento (AME, AMP, AM ou D) às variáveis socioeconômicas e demográficas (Tabela 5) e às variáveis obstétricas (Tabela 6).

Tabela 5- Situação de aleitamento das mulheres na data da entrevista, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos, São Paulo, 2008

Variáveis	Situação de aleitamento								Total N %	
	AME		AMP		AM		D			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Idade										
Adolescente	16	64,0	5	20,0	1	4,0	3	12,0	25	100,0
Não adolescente	126	59,2	32	15,0	41	19,2	14	6,6	213	100,0
Total	142	59,7	37	15,5	42	17,6	17	7,2	238	100,0
Idade da criança*										
até 30 dias	33	91,7	2	5,6	1	2,8	-	-	36	100,0
de 31 a 120 dias	86	63,7	20	14,8	23	17	6	4,4	135	100,0
de 121 a 180 dias	23	34,3	15	22,4	18	26,9	11	16,4	67	100,0
Total	142	59,7	37	15,5	42	17,6	17	7,2	238	100,0
Escolaridade										
de 1 a 4 anos	15	62,5	3	12,5	3	12,5	3	12,5	24	100,0
de 5 a 8 anos	33	54,1	12	19,7	11	18,0	5	8,2	61	100,0
de 9 a 11 anos	81	64,3	18	14,3	20	15,9	7	5,6	126	100,0
mais de 11 anos	13	48,1	4	14,8	8	29,6	2	7,4	27	100,0
Total	142	59,7	37	15,5	42	17,6	17	7,2	238	100,0
Reside com o companheiro**										
Sim	123	62,8	26	13,3	32	16,3	15	7,7	196	100,0
Não	19	46,3	11	26,8	10	24,4	1	2,4	41	100,0
Viúva	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1	100,0
Total	142	59,7	37	15,5	42	17,6	17	7,2	238	100,0
Situação de trabalho extralar										
Trabalha e tem licença	54	63,5	10	11,8	17	20,0	4	4,7	85	100,0
Trabalha e não tem licença	10	40,0	4	16,0	8	32,0	3	12,0	25	100,0
Não trabalha	78	60,9	23	18,0	17	13,3	10	7,8	128	100,0
Total	142	59,7	37	15,5	42	17,6	17	7,2	238	100,0
Renda familiar (em salários mínimos)										
Até 1	11	64,7	2	11,8	3	17,6	1	5,9	17	100,0
Mais de 1 a 3	84	61,3	24	17,5	21	15,3	8	5,8	137	100,0
Mais de 3 a 7	29	54,7	7	13,2	12	22,6	5	9,4	53	100,0
Mais de 7	15	55,6	3	11,1	6	22,2	3	11,1	27	100,0
Total	139	59,4	36	15,4	42	17,9	17	7,3	234***	100,0

* $\chi^2 = 37,91$ $p < 0,001$

** $\chi^2 = 14,14$ $p = 0,014$

*** Total menor que 238, pois quatro participantes não souberam informar a renda.

Embora não tenha significância estatística, chama-nos a atenção o fato de mulheres adolescentes terem, na data da entrevista, uma frequência percentual maior de AME (64,0%), proporcionalmente, em relação às mulheres não adolescentes (59,2%). Em contrapartida, as adolescentes foram as que tiveram maior frequência percentual de crianças desmamadas (12%) no momento da entrevista. Na literatura, verificamos estudos com diferentes resultados, no que se refere à influência dessa variável no desempenho do aleitamento. França et al. (2007) encontraram risco maior de não estar em AME entre as mães adolescentes, enquanto Frota e Marcopito (2004) não verificaram diferença significativa na prevalência de aleitamento materno entre mães adolescentes ou não.

Observamos associação estatisticamente significativa entre a situação de aleitamento e a idade da criança ($p < 0,001$), confirmando os achados de pesquisas que indicam, conforme a criança envelhece, as taxas de AME diminuem e as de AMP, AM e D aumentam. Das mulheres com crianças de faixa etária até 30 dias, a grande maioria, 33 (91,7%), encontrava-se amamentando exclusivamente ao seio, ocorrendo o inverso nas mulheres com crianças de 121 a 180 dias, quando apenas 23 (34,3%) delas estavam em AME, aumentando significativamente as frequências de AM 18 (26,9%) e D 11 (16,4%).

Ao analisarmos os resultados encontrados no estudo de Sena, Silva e Pereira (2007a) que realizaram uma reanálise dos dados do inquérito populacional de aleitamento materno realizado no Brasil em 1999, encontramos uma melhora no desempenho da amamentação das mulheres do presente estudo. Segundo os autores citados, na cidade de São Paulo, em 1999, a prevalência de AME foi de 32,9% aos 30 dias, 12,4% aos 120 dias e apenas 5,9% aos 180 dias. Em nosso estudo, os resultados mostraram que 91,7% das crianças com 30 dias ou menos, 63,7% das crianças de 31 a 120 dias e 34,3% das crianças de 121 a 180 dias estavam em AME, evidenciando resultados mais otimistas.

O percentual encontrado de crianças com 4 a 6 meses de vida alimentadas exclusivamente ao seio (34,3%) ainda foi baixo, muito aquém da recomendação da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da

Saúde de manter o aleitamento exclusivo até os 6 meses (Brasil, 2002b; Kramer e Kakuma, 2008). Este resultado mostra que é necessário concentrar esforços na aplicação de medidas de promoção e de proteção ao aleitamento materno, tendo como objetivo aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo.

Quanto à escolaridade, observamos que as mulheres com mais de 11 anos de escolaridade o que significa nível superior completo ou incompleto que, supostamente, teriam mais acesso à informação, foram as que, proporcionalmente, tiveram menor frequência de AME e maior frequência de AM, 13 (48,1%) e 8 (29,6%), respectivamente. Já no estudo de França et al. (2007), as mães com baixa escolaridade apresentaram maior chance de interrupção do AME, contrariando os resultados do presente estudo.

Mas com relação às mulheres que haviam desmamado os seus filhos, houve maior frequência, 3 (12,5%), entre as que tinham menor tempo de escolaridade (de 1 a 4 anos). Este resultado vai de encontro ao de Escobar et al. (2002) que encontraram associação estatística significativa entre maior nível de escolaridade e maior tempo de AM.

O fato de residir com o companheiro traduz-se em maior frequência de aleitamento materno exclusivo 123 (62,8%) e menor frequência de aleitamento predominante 26 (13,3%) e materno 32 (16,3%), com associação estatisticamente significativa ($p = 0,014$), mostrando a importância do apoio do companheiro nesse período, após o nascimento da criança. Este resultado vai de encontro aos achados de Müller (2008) e Aragaki (2008), que identificaram o companheiro como a principal fonte de apoio para a nutriz, tanto no auxílio das atividades domésticas como no incentivo à amamentação.

As mulheres com renda familiar de até um e de um a três salários mínimos, foram as que, proporcionalmente, tiveram maior frequência de AME e menor frequência de AMP e D, apesar de não ter tido significância estatística. Isso pode reiterar o aspecto econômico do aleitamento materno, pois o leite heterólogo exige custos que talvez as mulheres com pequena renda não possam arcar. Cabe lembrar que o total de mulheres

correspondente à variável renda familiar foi menor que 238, pois quatro delas citaram não saber essa informação.

Quanto à situação de trabalho extralar, esperávamos encontrar uma frequência maior de AME em mulheres que não tinham atividade extralar 78 (60,9%), porém isso não ocorreu, pois a frequência de AME foi semelhante à de mulheres que trabalhavam com licença 54 (63,5%). Vale ressaltar que, embora não tenha sido estatisticamente significativa, a frequência de AME em mulheres que trabalhavam e não tinham direito à licença foi menor que as demais, e tiveram maior frequência, proporcionalmente, de AM e D.

Podemos inferir que o fato de depender de uma renda e não ter direito ao período remunerado após o parto leva as mulheres a abandonarem o aleitamento exclusivo e introduzirem outro leite ou alimento ou desmamarem seus filhos. No estudo de Vianna et al. (2007), dentre as mulheres trabalhadoras da Paraíba, as taxas de AME foram significativamente maiores às mulheres que tiveram licença-maternidade em relação às que não tinham licença. Observamos resultado semelhante em nosso estudo, porém sem significância estatística.

Para esta variável, procuramos analisar se houve influência da idade da criança na situação de aleitamento para as mães com trabalho extralar ou não, pressupondo-se que o direito à licença-maternidade de 120 dias poderia influenciar no desempenho da amamentação. Os resultados estão descritos nos dados da Tabela 6.

Tabela 6- Situação de aleitamento das mulheres na data da entrevista, segundo a situação de trabalho extralar e a idade da criança, São Paulo, 2008

Trabalho extralar	Idade da criança (em dias)	Situação de aleitamento								Total	
		AME N	%	AMP N	%	AM N	%	D N	%	N	%
Trabalha e tem licença*	até 30	14	93,3	1	6,7	-	-	-	-	15	100,0
	de 31 a 120	33	67,3	7	14,3	8	16,3	1	2,1	49	100,0
	de 121 a 180	7	33,3	2	9,5	9	42,9	3	14,3	21	100,0
Total		54	63,5	10	11,8	17	20,0	4	4,7	85	100,0
Trabalha e não tem licença	até 30	1	50,0	-	-	1	50,0	-	-	2	100,0
	de 31 a 120	7	53,8	1	7,7	4	30,8	1	7,7	13	100,0
	de 121 a 180	2	20,0	3	30,0	3	30,0	2	20,0	10	100,0
Total		10	40,0	4	16,0	8	32,0	3	12,0	25	100,0
Não trabalha**	até 30	18	94,7	1	5,3	-	-	-	-	19	100,0
	de 31 a 120	46	63,0	12	16,4	11	15,1	4	5,5	73	100,0
	de 121 a 180	14	38,9	10	27,7	6	16,7	6	16,7	36	100,0
Total		78	60,9	23	18,0	17	13,3	10	7,8	128	100,0

* $\chi^2 = 17,89$ p= 0,002

** $\chi^2 = 17,45$ p= 0,004

A idade da criança teve influência estatisticamente significativa no grupo de mulheres que não trabalham (p= 0,004) e àquelas que trabalham com direito à licença-maternidade (p= 0,002), pois mulheres com crianças mais novas estavam em maior frequência em AME e mulheres com crianças mais velhas diminuíram a frequência de AME e aumentaram a frequência de AM e D.

Nos dados da Tabela 6, verificamos que às mães com trabalho extralar e direito à licença, a maior frequência de AM e D estava em aquelas cujas crianças tinham mais de 120 dias de vida, 9 (42,9%) e 3 (14,3%), respectivamente, coincidindo com o período do término do benefício; e às que não tinham trabalho extralar, a maior frequência continuava sendo de AME, 14 (38,9%), após os 120 dias de vida da criança.

Para as mulheres que trabalhavam, porém, sem direito aos 120 dias de licença-maternidade, a idade da criança não influenciou significativamente na situação de aleitamento, porém observamos que, em comparação às outras categorias, essas mulheres foram as que tiveram as menores frequências de AME e as maiores de AM e D, proporcionalmente, em qualquer faixa etária da criança.

Tabela 7- Situação de aleitamento das mulheres na data da entrevista, segundo o perfil obstétrico, São Paulo, 2008

Variáveis	Situação de aleitamento								Total	
	AME N	%	AMP N	%	AM N	%	D N	%	N	%
Início pré-natal										
Até 12 semanas	113	58,5	31	16,1	34	17,6	15	7,8	193	100,0
Acima de 12 a 24 semanas	27	64,3	5	11,9	8	19,0	2	4,8	42	100,0
Acima de 24 semanas	2	100,0	-	-	-	-	-	-	2	100,0
Total	142	59,9	36	15,2	42	17,7	17	7,2	237	100,0
Local pré-natal										
Serviço público	119	60,4	31	15,7	33	16,8	14	7,1	197	100,0
Serviço privado	4	66,7	2	33,3	-	-	-	-	6	100,0
Médico de convênio	19	54,3	4	11,4	9	25,7	3	8,6	35	100,0
Total	142	59,7	37	15,5	42	17,6	17	7,1	238	100,0
Paridade										
Primípara	65	57,5	22	19,5	16	14,2	10	8,8	113	100,0
Não primípara	77	61,6	15	12,0	26	20,8	7	5,6	125	100,0
Total	142	59,7	37	15,5	42	17,6	17	7,1	238	100,0
Local do parto										
Hospital particular	6	66,7	1	11,1	2	22,2	-	-	9	100,0
Hospital convênio	15	45,5	5	15,2	10	30,3	3	9,1	33	100,0
Hospital público	120	62,2	31	16,1	28	14,5	14	7,3	193	100,0
Outro	1	33,3	-	-	2	66,7	-	-	3	100,0
Total	142	59,7	37	15,5	42	17,6	17	7,1	238	100,0
Tipo de parto										
Normal	71	62,3	18	15,8	17	14,9	8	7,0	114	100,0
Cesárea	49	53,3	17	18,5	19	20,7	7	7,6	92	100,0
Fórcipe	22	68,8	2	6,3	6	18,8	2	6,3	32	100,0
Total	142	59,7	37	15,5	42	17,6	17	7,1	238	100,0
Peso de nascimento da criança										
Até 2.500g	7	41,2	2	11,8	3	17,6	5	29,4	17	100,0
De 2.501g a 3.500g	99	62,7	24	15,2	26	16,5	9	5,7	158	100,0
Acima de 3.500g	36	57,1	11	17,5	13	20,6	3	4,8	63	100,0
Total	142	59,7	37	15,5	42	17,6	17	7,1	238	100,0
Criança prematura*										
Sim	6	37,5	3	18,8	3	18,8	4	25,0	16	100,0
Não	136	61,3	34	15,3	39	17,6	13	5,9	222	100,0
Total	142	59,7	37	15,5	42	17,6	17	7,1	238	100,0

* $\chi^2 = 7,61$ p = 0,032

No que diz respeito à situação de aleitamento e às variáveis obstétricas (Tabela 7), a única que apresentou significância estatística para a situação de aleitamento foi a prematuridade da criança ao nascer ($p=0,032$), cuja frequência foi significativamente maior de desmamados às mulheres cujas crianças nasceram prematuras, 4 (25,0%), bem como frequência menor de mulheres que estavam praticando AME, 6 (37,5%).

A prematuridade da criança pode se tornar um obstáculo para a instalação do aleitamento, visto que ela pode não estar em condições de iniciar a sucção logo após o nascimento. A assistência ao prematuro também demanda um acompanhamento mais próximo, por parte dos profissionais de saúde, pelas dificuldades inerentes à condição de criança prematura, quanto à imaturidade fisiológica e neurológica e incapacidade de coordenar sucção, deglutição e respiração.

Segundo Silva (2008), uma das dificuldades encontradas pelas mães de crianças prematuras é a manutenção da lactação, uma vez que o fato da impossibilidade de seus filhos mamarem ao seio por um tempo prolongado após o nascimento desmotiva-as a retirarem seu leite no domicílio, levando-as a um sentimento de impotência ao observarem o volume de leite diminuindo.

Em revisão realizada por Nascimento e Issler (2004), foram encontradas evidências quanto à importância do leite materno à criança prematura e o apoio à mãe para superar o desafio de amamentar um prematuro, tanto por parte do profissional de saúde como pela família. Nesse sentido, a orientação de ordenha mamária, iniciada logo após o parto, a intervalos regulares torna-se importante para manter a produção láctea, favorecendo a instalação do aleitamento e sua manutenção, mesmo após a alta hospitalar bem como auxílio e apoio constantes na prática da amamentação, entre outras práticas.

Serra e Scochi (2004), ao analisarem as dificuldades maternas para amamentar crianças prematuras em uma unidade de cuidados intensivos e a assistência prestada, observaram um despreparo dos profissionais e escassez de intervenções sistematizadas para o incentivo ao aleitamento materno de prematuros. As dificuldades encontradas foram: a falta de

infraestrutura hospitalar para a realização da ordenha mamária, as rotinas hospitalares que não permitiam acomodações com conforto e alimentação apropriada às mães, falta de sistematização de assistência na transição da alimentação por sonda orogástrica para sucção ao seio materno e ausência de um grupo de apoio para superar ansiedades, medo, atender expectativas, fortalecer vínculos e inserir a mãe nos cuidados com a criança.

Ainda, quanto às variáveis obstétricas, chamam a atenção o fato de que, 2 (100%) das mulheres que começaram o pré-natal mais tardiamente estavam em AME na data da entrevista, enquanto a menor frequência, 113 (58,5%), foi verificada nas mulheres que iniciaram as consultas, antes das 12 semanas de gestação, sugerindo que o número de consultas pré-natais não influenciou no desempenho da amamentação. Esperávamos uma frequência maior de AME às mulheres com início precoce de pré-natal, pois a nosso ver, traduzir-se-ia em maior número de consultas e contato mais frequente com o profissional de saúde, aumentando, assim, as oportunidades para a orientação e o incentivo ao aleitamento materno.

Tanto para o local de pré-natal como ao do parto, tivemos maior frequência de AME entre aquelas que frequentaram o serviço privado e entre as atendidas no serviço público. A menor frequência foi às crianças que frequentaram serviços conveniados, porém sem significância estatística entre esses dados. É interessante notar que no estudo de França et al. (2007), os resultados demonstraram que crianças que utilizavam o serviço privado de saúde, apresentaram maior chance de não estarem sendo amamentadas, quando comparadas às que utilizavam o serviço público.

Segundo Toma e Monteiro (2001), em pesquisa realizada nas maternidades de São Paulo, práticas facilitadoras da amamentação foram encontradas com maior frequência nos hospitais públicos do que nos privados.

Assim, os resultados deste estudo não demonstraram que, embora tenhamos de considerar que o número de crianças e mães aqui identificados, como usuários de serviços privados, foi pequeno em relação à parcela da amostra atendida pelo serviço público que não nos permite uma análise conclusiva, mesmo trabalhando com dados proporcionais.

A paridade não influenciou o desempenho do aleitamento, embora, numericamente, haja maior frequência de AME 77 (61,6%) para as não primíparas. Apesar de não ter tido significância estatística, os resultados refletem os encontrados no estudo de França et al. (2007), em que ser primípara representou maior risco de não estar em amamentação exclusiva.

Todas as mulheres, independentes do tipo de parto, têm maior frequência de AME; no entanto, constatamos que aquelas que tiveram parto cesárea apresentaram menor frequência percentual de AME (53,3%) em relação às mulheres com partos normal e fórcepe, 62,3% e 68,8%, respectivamente, e maior frequência de AMP (18,5%), de AM (20,7%) e D (7,6%).

Apesar deste resultado não ter tido significância estatística, inferimos que este resultado pode ser explicado pelo que se considera, em geral, que as mulheres submetidas a parto cesárea, em razão da anestesia e desconfortos de um procedimento cirúrgico, poderiam ter maior dificuldade para amamentar seu filho, comprometendo a instalação da amamentação.

Quanto à faixa de peso, embora não tenha significância estatística, observamos que, às mulheres com filhos de menos de 2.500 gramas, a frequência de AME foi a menor 7 (41,2%) e a de D foi a maior 5 (29,4%). Isto reforça a relação negativa com manutenção da prematuridade, pois crianças prematuras têm peso menor ao nascimento e dificuldade em iniciar a sucção, isso pode se refletir no percurso da amamentação, para qualquer idade futura da criança.

Observamos o melhor desempenho de aleitamento nas mulheres que deram à luz crianças na faixa de peso entre 2.501 a 3.500 gramas.

5.3 NECESSIDADES DE SAÚDE DA NUTRIZ PARA A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO, DE ACORDO COM TAXONOMIA DE MATSUMOTO E SUA RELAÇÃO COM AS VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E SITUAÇÃO DE ALEITAMENTO

Neste tópico, os resultados qualitativos e quantitativos deste estudo serão apresentados. Primeiro, optamos por expor as necessidades de saúde da nutriz para a prática do aleitamento materno, que foram identificadas em suas falas baseadas na extração das expressões-chave que, por sua vez, compuseram as ideias centrais vinculadas ao grupo de necessidades de saúde, de acordo com a taxonomia de Matsumoto. Para cada necessidade apresentada, ilustramos a discussão com expressões-chave identificadas com o número da entrevista da qual foi extraída.

A análise, também, abrange a relação entre o número de mulheres que apresentaram em suas falas ideias centrais obtidas de expressões-chave de suas entrevistas transcritas e as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e situação de aleitamento. Esta análise compõe a face quantitativa do presente estudo.

As ideias centrais que retratam os elementos da experiência das mulheres no processo de amamentação que compõem as necessidades de saúde, de acordo com a taxonomia utilizada, nem sempre equivalem ao total de mulheres participantes, pois partimos dos depoimentos espontâneos provocados pelas questões norteadoras e nem todas as mulheres expressaram as mesmas experiências e necessidades.

Quadro 1- As necessidades de saúde, de acordo com a taxonomia de Matsumoto e os elementos da experiência das mulheres no processo de amamentação que as compõem, São Paulo, 2008

Necessidades de Saúde de acordo com a taxonomia de Matsumoto	Elementos da experiência das mulheres no processo de amamentação que compõem as Necessidades de Saúde	
Necessidade de boas condições de vida	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ter uma boa alimentação ✓ trabalhar ou estudar ✓ ter tempo para si ✓ ter sono e repouso adequados ✓ ter boa saúde mental 	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ter boas condições para amamentar seu filho 	<ul style="list-style-type: none"> # ter boa produção de leite # ter apoio instrumental e/ou afetivo da família # ter ambiente adequado em casa para amamentar
Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida	<ul style="list-style-type: none"> ✓ lidar com as intercorrências da amamentação ✓ acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta 	
Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde 	
Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ter orientação quanto ao aleitamento materno, no pré-natal e na internação ✓ receber apoio instrumental e/ou afetivo do profissional ✓ se sentir segura com relação a amamentação 	

Ao analisarmos as necessidades levantadas e os elementos que as compõem, apresentados nos dados do Quadro 1, estamos sempre considerando que a mulher, na qualidade de nutriz, apresenta um cenário de relações e um contexto de vida diferente da não nutriz, e particularidades

oriundas do processo de amamentação. Assim, cada necessidade, mesmo não se transformando em uma demanda, significa uma possibilidade de intervenção para os profissionais de saúde, com o objetivo de dar informações que venham a ajudar mulheres a melhorar seu desempenho de amamentação.

5.3.1 Necessidade de boas condições de vida

Pelas falas das mulheres, foi possível identificar diferentes elementos de suas experiências no processo de amamentação que estão vinculadas ao grupo de necessidades de boas condições de vida, que dizem respeito a ter uma boa alimentação, trabalhar e estudar, ter tempo para si, sono e repouso adequados, ter boa saúde mental e boas condições para amamentar seu filho, estando incluídos nesse grupo ter boa produção de leite, apoio instrumental e/ou afetivo da família e ambiente adequado em casa para amamentar.

5.3.1.1 Ter boa alimentação

Com relação à necessidade de boas condições de vida - ter uma boa alimentação, observamos nos depoimentos que, das 238 (100%) mulheres entrevistadas, 115 (48,3%) referiram-se a esse elemento da experiência do processo de amamentação.

Dessas 115 mulheres (100%), tivemos 10 (8,7%) que relataram não se alimentar adequadamente, em razão da solicitação excessiva da criança, da dificuldade de organizar suas atividades ou da dinâmica familiar, e 105 mulheres (91,3%) referiram ter uma boa alimentação no período de amamentação.

Para a nutriz, ter uma boa alimentação vincula-se, de alguma forma, à criança e à forma de nutri-la. Pelas falas das mulheres, a alimentação materna assume uma importância que extrapola a necessidade de manter sua própria saúde ou bem-estar. Aparece como um elemento associado à sua condição de nutriz que visa a possibilitar o melhor atendimento às necessidades da criança, uma vez que tem a noção da passagem de nutrientes de seu organismo para compor o leite materno. Dessa forma, ter boa alimentação tem o objetivo de dar melhor qualidade para o leite que produz.

Alimentação é primordial, se alimentar bem, e líquido, muito líquido, tem que beber... Então, eu tomo 4 litros de água, suco, tudo pra mim tomar bastante líquido. E se alimentar muito bem,

porque tudo que você ingere, vai pro leite materno. É o que vai alimentar a criança. (E 039)

... eu acho que é comer bem mesmo. E como eu dou de mamar, eu como muito bem. Eu como bem pro meu leite ficar forte pra ela... porque se o leite é fraco, eu acho que não sustenta a criança. (E 159)

Podemos observar que a boa alimentação na amamentação é valorizada pela mulher e, sendo encarada como uma fase, leva a mulher a se desprender até mesmo da questão estética.

... eu sou daquelas alucinada por regime... agora não tô nem ligando. Não sei se é só em mim que dá isso, mas dá uma fome, dá uma sede... Aí eu falo "ah, deixa" Depois quando for... chegar o tempo certo, a gente emagrece, mas eu me sinto muito bem. (E 085)

Pelos depoimentos das mulheres, apreende-se a preocupação de manter uma alimentação de qualidade e boa ingestão de líquidos, e lançar mão de alimentos ditos lactagógicos, com o objetivo de aumentar a quantidade de leite produzido para a criança. Nesses depoimentos, percebemos a grande influência dos familiares e o aspecto cultural da amamentação.

... eu como bastante aquele pirão, porque no interior eu sempre via minha mãe fazer, diz que dá leite, caldo, sem muita gordura. (E 024)

Necessita de uma boa alimentação, comer verduras, frutas, coisas que dão bastante leite. A minha mãe diz assim que coisas que têm milho como canjica, arroz doce e coisa com leite, tomar bastante leite também. (E 175)

As mulheres também se preocupam em consumir alimentos que não causem problemas às crianças, como por exemplo, a cólica.

... a mulher necessita ter uma boa alimentação, tomar cuidado com comida que dá cólica, por exemplo, feijão, essas coisas, porque eu tive cólica e ele teve também. (E 120)

No entanto, há dificuldade das mulheres manterem a regularidade de suas refeições em razão das manifestações de choro e fome das crianças, em especial, quando estas solicitam cuidados nos momentos em que elas deveriam estar se alimentando. Apreende-se que a mulher que amamenta, percebe a necessidade de alimentar-se bem, para se recuperar

do período pós-gestacional e pós-parto, encarado como fases em que ela precisa de uma alimentação de melhor qualidade, porém nem sempre consegue.

...ele não está me deixando comer, não deixa eu fazer nada. Eu vou comer, ele começa a chorar aí eu já perco a fome. Eu preciso me alimentar porque estou amamentando ele, se não vou acabar sumindo. Tá difícil. (E 171)

Após a alta hospitalar, observamos que se a mulher não tiver um suporte para dividir as tarefas da casa e os cuidados com a criança e a família, o acúmulo de responsabilidades interferirá em sua alimentação, visto que não consegue se alimentar nos horários certos.

... às vezes, passo o dia sem comer e vai dormir sem comer por causa do neném aí é bem estressante. Na minha casa, são só eu e meu pai. Aí, às vezes, a neném passa o dia todinho chorando, aí não dá tempo de providenciar nada de comida. Eu vou comer, ela começa a chorar aí não dá e eu passo o dia sem comer. É complicado. (E 145)

... uma alimentação mais adequada, que a maioria das mães fica um pouco perdida em termos de alimentação. Eu, pelo menos, tô assim, não tô tendo horário pra almoçar, nem tomar café. Então assim, a gente vai se perdendo nisso né? Então, a alimentação parece também não fica muito certa, como o que tá ali naquela hora correndo, nem como direito. Às vezes, o prato fica lá na metade né? Mas tudo isso é adaptação, a gente vai melhorando. (E 215)

Algumas relatam o período hospitalar como aquele em que conseguiram alimentar-se adequadamente, porém, ao se reinserir em sua realidade cotidiana, reassumindo as tarefas domésticas e os cuidados com os filhos em casa não encontravam condições para manter o padrão de alimentação.

... eu nem tinha tempo pra isso... No começo, era nas carreras, não comia na hora certa, porque duas crianças pra... complicado, um chorava prum lado, tinha que dar a mamadeira, o outro... aí tinha que colocar no peito. Era muito corrido, então, tinha vezes que eu nem comia! (...) No hospital, a gente comia tudo na hora certa né? (E 238)

Tabela 8 - Necessidade de boas condições de vida - ter uma boa alimentação, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis*	Categorias	Ter boa alimentação				Total	
		Não teve boa alimentação		Teve boa alimentação		N	%
		N	%	N	%		
Idade	Adolescente	-	-	11	100,0	11	100,0
	Não adolescente	10	9,6	94	90,4	104	100,0
	Total	10	8,7	105	91,3	115	100,0
Idade da criança	até 30 dias	2	11,1	16	88,9	18	100,0
	de 31 a 120 dias	5	7,0	66	93,0	71	100,0
	de 121 a 180 dias	3	11,5	23	88,5	26	100,0
	Total	10	8,7	105	91,3	115	100,0
Escolaridade	de 1 a 4 anos	-	-	12	100,0	12	100,0
	de 5 a 8 anos	4	11,8	30	88,2	34	100,0
	de 9 a 11 anos	3	5,4	53	94,6	56	100,0
	mais de 11 anos	3	23,1	10	76,9	13	100,0
	Total	10	8,7	105	91,3	115	100,0
Reside com o companheiro	Sim	9	9,9	82	90,1	91	100,0
	Não	1	4,3	22	95,7	23	100,0
	Viúva	-	-	1	100,0	1	100,0
	Total	10	8,7	105	91,3	115	100,0
Trabalho extralar	Trabalha e tem licença	5	12,5	35	87,5	40	100,0
	Trabalha e não tem licença	-	-	11	100,0	11	100,0
	Não trabalha	5	7,8	59	92,2	64	100,0
	Total	10	8,7	105	91,3	115	100,0
Renda familiar (em salários mínimos)	até 1	-	-	8	100,0	8	100,0
	mais de 1 a 3	4	6,0	63	94,0	67	100,0
	mais de 3 a 7	5	19,2	21	80,8	26	100,0
	mais de 7	1	10,0	9	90,0	10	100,0
	Total	10	9,0	101	91,0	111**	100,0

*p> 0,05 para todas as variáveis

**Total menor que 115 pois 4 mulheres não souberam informar a renda familiar.

Neste estudo, não houve associação significativa entre ter ou não boa alimentação e as variáveis socioeconômicas e demográficas. De modo geral, as mulheres, dentro de suas possibilidades, verbalizaram buscar manter uma boa alimentação e ter acesso aos alimentos necessários, o que está vinculado à sua preocupação em alimentar-se adequadamente para produzir leite de boa qualidade e quantidade à criança.

Não investigamos se de fato, a alimentação referida estava dentro dos padrões recomendados para sua necessidade, porém a manifestação de apontar a alimentação, como uma necessidade vinculada ao processo de amamentação, demonstra o quanto é preciso atentar-se para esta condição e se, de fato, as mulheres possuem conhecimento e acesso à dieta correta para o período de aleitamento materno.

À luz do modelo “Pesando riscos e benefícios” de Silva (1997), a mulher acredita que, para produzir um leite considerado por ela como forte e em boa quantidade, ela necessitará de algumas condições mínimas de saúde, dentre estas, uma boa nutrição. A falta dessa condição, interpretada como facilitadora da produção de leite, pode implicar julgamento de falta de condições para amamentar. Por outro lado, ao priorizar as necessidades da criança, ela procura, com a boa alimentação, garantir a qualidade do leite materno, considerando seus atributos, como fonte de alimento saudável à criança, desse modo, garante seu bom desenvolvimento, pois percebe a responsabilidade de suprir as necessidades nutricionais e afetivas de seu filho com a amamentação.

Tabela 9- Necessidade de boas condições de vida - ter uma boa alimentação, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	Ter uma boa alimentação				Total	
		Não teve boa alimentação		Teve boa alimentação		N	%
		N	%	N	%		
Local do pré-natal	Serviço público	7	6,8	96	93,2	103	100,0
	Serviço privado	-	-	1	100,0	1	100,0
	Médico de convênio	3	27,3	8	72,7	11	100,0
	Total	10	8,7	105	91,3	115	100,0
Paridade	Primípara	7	13,7	44	86,3	51	100,0
	Não primípara	3	4,7	61	95,3	64	100,0
	Total	10	8,7	105	91,3	115	100,0
Local do parto*	Hospital particular	-	-	2	100,0	2	100,0
	Hospital convênio	4	33,3	8	66,7	12	100,0
	Hospital público	6	6,0	94	94,0	100	100,0
	Outro	-	-	1	100,0	1	100,0
	Total	10	8,7	105	91,3	115	100,0
Tipo de parto	Normal	5	8,5	54	91,5	59	100,0
	Cesárea	4	11,1	32	88,9	36	100,0
	Fórcipe	1	5,0	19	95,0	20	100,0
	Total	10	8,7	105	91,3	115	100,0
Criança prematura	Sim	1	9,1	10	90,9	11	100,0
	Não	9	8,7	95	91,3	104	100,0
	Total	10	8,7	105	91,3	115	100,0
Peso da criança ao nascer	até 2.500g	1	9,1	10	90,9	11	100,0
	de 2.501g a 3.500g	4	5,6	67	94,4	71	100,0
	acima de 3.500g	5	15,2	28	84,8	33	100,0
	Total	10	8,7%	105	91,3	115	100,0

* $\chi^2 = 8,72$ $p = 0,041$

Conforme resultados expostos nos dados da Tabela 9, somente a variável local do parto teve significância estatística ($p = 0,041$). Observamos que as mulheres que deram à luz em hospitais de convênio, proporcionalmente, tiveram maior frequência de relato de não ter boa alimentação do que as que deram à luz nos hospitais públicos, abrangendo 4 (33,3%) e 6 (6,0%) das mulheres, respectivamente.

As mulheres que utilizaram os serviços conveniados, são as que tiveram, proporcionalmente, renda familiar maior, com resultado estatisticamente significativo ($\chi^2 = 53,38$ $p < 0,001$). Podemos inferir que ter

boa alimentação não está vinculada a seu poder aquisitivo, mesmo porque, como apresentado anteriormente nas falas das mulheres, alimentar-se bem, vai além do conceito de ter a comida disponível, significando também ter a vida organizada para prepará-la e consumi-la.

Apesar de, proporcionalmente, as mulheres que fizeram pré-natal em serviços conveniados e as que tiveram parto cesárea, terem relatado com maior frequência ter sentido maior dificuldade para se alimentar, esse resultado não foi significativo. Existe relação entre estas duas variáveis, pois ao investigarmos a relação entre o local do pré-natal e tipo de parto, observamos a existência de associação estatística significativa, em que, proporcionalmente, a maior frequência de parto cesárea 24 (68,6%) ocorreu em mulheres que fizeram pré-natal em serviços conveniados, com resultado estatisticamente significativo ($\chi^2 = 18,05$ e $p < 0,001$).

As mulheres primíparas, também, foram as que, proporcionalmente, relataram em maior frequência não ter tido alimentação adequada. Isso pode refletir na dificuldade para organizar-se, após o nascimento do primeiro filho que compreende uma adaptação ao novo papel de mãe.

A frequência entre ter ou não uma boa alimentação foi semelhante entre mães de crianças nascidas prematuras ou não. Com relação ao peso, houve maior frequência de não ter boa alimentação entre as mulheres com crianças maiores de 3.550 gramas ao nascimento, 5 (15,2%). Em nossa prática, observamos que as mulheres relatam um comportamento de maior avidez ao seio materno e maior frequência de mamadas em crianças com peso maior, exigindo, assim, mais tempo disponível da mãe.

Tabela 10- Necessidade de boas condições de vida - ter uma boa alimentação, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008

Situação de Aleitamento	Ter boa alimentação				Total	
	Não teve boa alimentação		Teve boa alimentação		N	%
	N	%	N	%		
AME	3	3,9	74	96,1	77	100,0
AMP	4	23,5	13	76,5	17	100,0
AM	1	8,3	11	91,7	12	100,0
D	2	22,2	7	77,8	9	100,0
Total	10	8,7	105	91,3	115	100,0

$$\chi^2 = 8,77 \quad p = 0,013$$

No que diz respeito à situação de aleitamento na data da entrevista e referência de ter ou não boa alimentação, nas expressões-chave das mulheres entrevistadas, observamos associação estatística significativa ($p = 0,013$), que, proporcionalmente, apenas 3 (3,9%) das mulheres em AME referiram não ter boa alimentação, contra 4 (23,5%) das mulheres com AMP e 2 (22,2%) das mulheres que tinham desmamado seus filhos.

Podemos considerar que mulheres que estão em AME, relataram com maior frequência ter uma boa alimentação, como maneira de garantir a qualidade e quantidade do leite produzido para a criança ou porque têm a organização de seu cotidiano facilitada, de alguma forma, que lhes propicia acesso ao alimento em horário e frequência adequados.

As mulheres que referiram alimentar-se inadequadamente, não atribuíram como causa dificuldades econômicas para conseguir o alimento ou mesmo alguma alteração de apetite. Mas sim, a uma sobrecarga de atividades ou solicitação constante de cuidados pela criança. Os resultados apresentados podem, especialmente, refletir a necessidade da organização do trabalho e dinâmica do serviço doméstico ou conciliação com o trabalho extraluar dessas mulheres.

5.3.1.2 Trabalhar ou estudar

No que se refere à *Necessidade de boas condições de vida - trabalhar ou estudar*, do total de 238 mulheres (100,0%), nos depoimentos de 84 (35,3%) encontramos a referência a esse elemento que compõe a necessidade.

Dessas 84 mulheres (100%), 72 (85,7%), mencionaram dificuldade para conciliar trabalho ou estudo com a amamentação e 12 mulheres (14,3%) verbalizaram conseguir conciliar essas duas práticas. Tivemos esse elemento presente também nos depoimentos de 15 mulheres que não trabalhavam no momento, mas queriam retornar ao mercado de trabalho em um futuro muito próximo e já buscavam o planejamento da situação de nutriz e trabalhadora, sendo assim incluímos, também, essas mulheres nesses grupos de análise.

Para as mulheres do estudo, apreendemos que a necessidade de trabalhar, para contribuir para a renda familiar ou adquirir independência econômica, ou ainda, necessidade de estudar, na qualidade de nutriz, pode gerar um conflito, uma vez que, além de precisar atender a essas necessidades, ela também deve atender a uma prática, que é a manutenção do aleitamento materno. O fato de estar amamentando traz a mulher para um cenário diferente da que não é nutriz e conciliar a amamentação com o trabalho ou o estudo pode tornar-se um obstáculo para a manutenção da amamentação.

Na realidade da mulher trabalhadora, compreendemos que ela procura avaliar quais os recursos e possibilidades existentes que lhe permitiriam conciliar o trabalho com a prática da amamentação, como a disponibilidade de creche, a possibilidade de realizar ordenha e congelamento do leite e o suporte familiar, etc..., também, considerado pelas mulheres no estudo de Silva e Utiyama (2003). Para elas, o fato de precisar trabalhar para contribuir com a renda familiar, pode ser um empecilho para a manutenção do aleitamento materno exclusivo e uma justificativa para início do processo de desmame, quando ela não encontra condições que lhe permitam continuar amamentando o filho, traduzindo-se em falta de apoio.

Segundo Müller (2008), as ações de apoio para amamentar percebidas pelas mulheres podem ser compreendidas apoiadas em três dimensões: instrumental, afetiva e estrutural. A dimensão instrumental engloba elementos de ordem prática e informacional. No contexto hospitalar, diz respeito ao ensinar, orientar, ajudar, explicar, demonstrar e incentivar; já no contexto familiar, vai desde o auxílio financeiro à ajuda nas tarefas domésticas. A dimensão afetiva engloba elementos existentes nas relações interpessoais, evidenciando a importância do vínculo e da valorização da mulher. A dimensão estrutural, diz respeito as ações do contexto social, em especial, de trabalho assalariado, como creches, horários especiais, etc...

Nos discursos dessas mulheres trabalhadoras, observamos que na situação de necessidade de continuar a trabalhar, a falta de um apoio, seja estrutural, instrumental ou afetivo, pode definir a trajetória da amamentação.

...ela parou de mamar simplesmente, também, porque tive que trabalhar, né? Não moro com o pai dela, sou sozinha, moro com os meus familiares. E eu tive que tirar ela do peito porque eu tenho que trabalhar... eles me dão uma hora mais cedo, pra mim tá em casa, pra amamentar ela. ... A criança, quando ela tá nessa fase, é aí que ela precisa mais da mãe, então... Hoje em dia, é muito difícil você criar um filho praticamente sozinha e, ainda, tendo que amamentar, tendo que ter aqueles cuidados todos, é um monte de coisa. Nossa! Então, fica difícil! ...Às vezes, as pessoas pensam que somos mães irresponsáveis, mas não é, é porque assim, é... se for colocar assim na balança, fica difícil, o filho e o trabalho. O filho, a casa e o trabalho, então, é... é uma situação muito difícil. (E 228)

... no começo eu vou tirar e deixar para ela, mas é que eu entro a 1 e saio às 10 horas da noite. Aí complica um pouco, porque eu não tenho freezer e a minha geladeira é velha, e eu tenho medo de não servir. Então, estou optando pelo leite normal. (E 055)

Ao precisar voltar a trabalhar, a mulher preocupa-se com a reação da criança ao vivenciar o distanciamento. A não possibilidade de adotar estratégias que lhe permitam continuar com o aleitamento materno exclusivo, acaba introduzindo mais precocemente outro leite ou alimentação complementar, mesmo antes do término da licença-maternidade de 4 meses, como uma estratégia para facilitar essa transição para ela e a criança.

... pretendo dar a mamadeira, né? Por causa do meu serviço, mas... Ela não tava pegando a mamadeira. Aí eu falei: eu preciso acostumar ela com a mamadeira, porque senão quem vai sofrer é ela né? Porque eu não vou poder tá sempre dando mamar pra ela. Aí eu preferi começar agora pra ela ir se acostumando pra quando chegar o tempo certo, ela já tá mamando bem, né? (E 014)

A minha mãe falou "filha, olha a gente precisa acostumar a dar a chuquinha, você vai voltar a trabalhar"... Eu decidi antecipar, porque... pra ter independência mesmo... Eu tenho 28 anos, eu tava com medo da minha recolocação no mercado, a minha profissão... não tem campo pra quase ninguém hoje em dia...Eu queria mesmo ver as propostas, como iam rolar, e pra que não fosse de uma hora pra outra, ah... aí me surge uma proposta, e eu falo, a partir de amanhã ela vai tomar a mamadeira, então, acho que eu tô querendo prepará-la aos pouquinhos. (E 198)

Na verdade, eu estou preocupada com a volta pra trabalhar, e ele tem que ficar né? Eu estou muito, muito preocupada. Eu tenho menos de um mês de licença. Ele vai ficar com a minha vizinha... acho que eu vou partir pra mamadeira. Eu até queria dar os 4 meses, mas não sei se vai dar tempo, só o leite materno durante os quatro meses, mais que isso não consigo. (E 174)

Ou ela planeja continuar a amamentar, contando para isso com o suporte da família ou das condições no emprego que lhe permitam a continuidade do aleitamento.

... agora que eu vou começar a trabalhar "como você vai fazer?" Eu falei: quando eu começar a trabalhar, eu vou ter que ir com mamadeira. Mas aí eu vou tirar... que minha prima falou que lá na creche dela, ela faz isso com as crianças: as mães tiram o leite do dia pro outro; tipo tira à noite e leva pra ela. Aí ela dá o leite da mãe. Ela fala que é bem melhor... se tem leite, dá o leite. Ela falou assim que pode congelar, depois ela põe no banho-maria. Ela me mostrou lá como ela faz. (E 085)

Algumas mulheres que já retornaram ao trabalho, relataram ter condições para continuar com a amamentação, seja por facilidade de acesso para ir e vir e amamentar o filho em casa, seja levando a criança para o ambiente de trabalho, contando com o apoio estrutural que este oferece ou com o apoio instrumental da família, nos cuidados com a criança.

... ele, que tá amamentando, ele não fica com a empregada, ele fica com a minha mãe que mora perto do meu trabalho. Então, eu paro o meu trabalho pra dá peito pra ele, então eu sempre me organizo, inclusive, quando eu saio com um cliente, eu me organizo, ele nunca deixou de mamar, graças a Deus! (E 031)

Eu não tenho nada do que reclamar, eu consegui voltar à minha rotina normal, já voltei a trabalhar... é que eu trabalho com a minha mãe, ela tem uma escolinha, então, não tem muita dificuldade. Consegui voltar ao normal, levo o bebê, ele fica comigo, né? Que é escolinha, então, eu não tive problema nenhum, eu amamento lá sossegado. (E 214)

Há, ainda, mulheres que, mesmo frisando que necessitam da renda adquirida com seu trabalho, optaram por pedir demissão do emprego, priorizando continuar a amamentar a criança, levando em conta os benefícios da amamentação. Outras pretendem voltar a trabalhar em um futuro próximo, mas decidem aguardar mais um tempo, visando ao benefício da criança com o aleitamento materno. Para isso, contam com o apoio instrumental familiar, quando outra pessoa assume a responsabilidade pela renda da família.

O fato reflete a dinâmica de pensamento da nutriz em seu cotidiano de pesar riscos e benefícios que, segundo Silva (1997), estão estruturados na relação de prioridades que a nutriz estabelece para implementar suas ações de manutenção do aleitamento ou de desmame. Quando percebe a possibilidade de priorizar a amamentação, mesmo em detrimento de algumas de suas necessidades, a amamentação poderá ser mantida.

... eu vou parar de trabalhar pra mim amamentar a minha filha. Quero vê se ela mama até 1 aninho de idade, pra ficar mais perto dela e do irmãozinho dela, né? O pai já trabalha o dia inteiro, então, pelo menos, eu ficar mais com eles. Aí, vou parar de trabalhar por isso, né? Pra amamentar, principalmente, e pra poder ficar mais tempo com eles. (E 089)

Nos discursos das mulheres, observamos que, àquelas inseridas no mercado formal de trabalho, o tempo de licença-maternidade de 120 dias é uma dificuldade para atingir a recomendação das políticas de saúde de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida da criança, evidenciando a falta de apoio estrutural, o que poderá ser sanado a partir de agora, com o prolongamento do período de licença, como já mencionado.

... essa licença-maternidade é muito errada. Você só pega 4 meses, então, como é que a gente vai amamentar até os 6 meses.

Isso aí é errado, porque ele fala "Aí, você tem que amamentar até os 6 meses", mas muitas mãe param por isso. A gente para, porque tem que voltar a trabalhar. Se ele acostumar só no peito, ele não vai querer outra coisa... mas se a gente ficasse os 6 meses em casa, era o certo. (E 072)

Para as mães inseridas no mercado informal, que não usufruem do direito de licença-maternidade de 4 meses, observamos que algumas retornam ao trabalho mais cedo e, conseqüentemente, o início do processo de desmame também é mais precoce, traduzindo a falta de apoio estrutural.

A minha decisão é dar um outro leite (é) ...porque eu trabalho, como eu falei, eu tenho 5 filhos, não tem como ficar parada... se eu não fosse autônoma... eu teria licença-maternidade. Aí daria pra mim dar o peito nesses meses, mas como eu sou autônoma, eu tive que optar por esse método, porque onde eu tava não dava pra levar minha filha, ou trabalha ou amamenta a filha...(E 001)

As mulheres reforçam que, mesmo com a orientação do profissional de saúde, a falta de apoio estrutural contribui para que a mulher não consiga o período recomendado de aleitamento exclusivo até os 6 meses de vida da criança. A situação retrata o outro lado da moeda do estabelecimento de prioridades, segundo o modelo "Pesando riscos e benefícios" (Silva, 1997), pois, quando o trabalho para subsistência familiar ou outra razão é relevante para ela, a amamentação entra na zona de risco de interrupção.

... eu não posso dizer que deixei de dar de mamar porque não sabia que era importante dar até os 6 meses, ou porque é... simplesmente não dá, né? É uma coisa que não dá pra fazer, então, eu acho que não é culpa dos profissionais de saúde, acho que é mais culpa da vida que a gente leva... A hora que você volta a trabalhar não dá mais pra ter essa dedicação exclusiva, né? (E 233)

Para a mulher que estuda, semelhante à situação daquela que trabalha, apesar da preocupação de realizar a ordenha do leite para deixar armazenado à criança, foi realizada a introdução de outro leite para ser oferecido pelo cuidador. Nenhuma mulher relatou a possibilidade de levar a criança para seu ambiente de estudo, retratando a falta de apoio estrutural nas instituições de ensino.

... nos primeiros dias que ele nasceu, eu tava indo pra faculdade ainda. Então, eu tirava o leite e deixava com a minha mãe. Só que

só dava pra tirar leite pra uma mamada. Então, quando eu chegava em casa, ele tava morrendo de fome já. Já estava próximo da próxima mamada, então... pelo menos, eu não consigo tirar tanto leite pra ele ficar duas, três vezes mamando só daquele leite. Dá pra tirar pra uma mamada no máximo. (E 100)

Há necessidade de maior divulgação e garantia do direito de licença-maternidade, também, à mãe estudante, dando-lhe apoio estrutural que lhe permita a continuidade dos estudos, conforme as mulheres citaram.

Tava estudando, aí eu pedi a licença-maternidade na faculdade e pra fazer aqueles exercícios domiciliares... Eu até não conhecia, quem me falou, foi uma outra colega... Ela falou que existia essa licença, que eu precisava pegar laudo, tudo. Aí eu providenciei pra fazer, mas se ela não tivesse me falado, por exemplo, eu teria ido trancar. De repente, deveria ter mais divulgação também. (E 100)

Todavia, os resultados do estudo de Osis et al. (2004) mostraram que, mesmo contando com o apoio estrutural, como por exemplo, a existência de creche no local de trabalho que lhes possibilita a continuidade do aleitamento materno após o retorno ao trabalho, a duração do aleitamento exclusivo esteve relacionada sobretudo à orientação recebida sobre os benefícios do aleitamento no pré-natal e após o parto.

Tabela 11- Necessidade de boas condições de vida – trabalhar ou estudar, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	Trabalhar ou estudar				Total	
		Não concilia		Concilia		N	%
		N	%	N	%		
Idade	Adolescente	-	-	-	-	-	-
	Não adolescente	72	85,7	12	14,3	84	100,0
	Total	72	85,7	12	14,3	84	100,0
Idade da criança	até 30 dias	8	80,0	2	20,0	10	100,0
	de 31 a 120 dias	40	88,9	5	11,1	45	100,0
	de 121 a 180 dias	24	82,8	5	17,2	29	100,0
	Total	72	85,7	12	14,3	84	100,0
Escolaridade*	de 1 a 4 anos	6	100,0	-	-	6	100,0
	de 5 a 8 anos	13	68,4	6	31,6	19	100,0
	de 9 a 11 anos	41	97,6	1	2,4	42	100,0
	mais de 11 anos	12	70,6	5	29,4	17	100,0
	Total	72	85,7	12	14,3	84	100,0
Reside com o companheiro	Sim	61	87,1	9	12,9	70	100,0
	Não	11	78,6	3	21,4	14	100,0
	Total	72	85,7	12	14,3	84	100,0
Trabalho extralar	trabalha e tem licença	49	87,5	7	12,5	56	100,0
	trabalha e não tem licença	10	76,9	3	23,1	13	100,0
	não trabalha	13	86,7	2	13,3	15	100,0
	Total	72	85,7	12	14,3	84	100,0
Renda familiar (em salários mínimos)	até 1	3	100,0	-	-	3	100,0
	mais de 1 a 3	33	86,8	5	13,2	38	100,0
	mais de 3 a 7	23	82,1	5	17,9	28	100,0
	mais de 7	13	86,7	2	13,3	15	100,0
	Total	72	85,7	12	14,3	84	100,0

* $\chi^2 = 13,27$ p=0,002

Com relação ao perfil socioeconômico, nos dados da Tabela 11 observamos que a única variável que apresentou significância estatística para a necessidade de conciliar emprego/estudo e amamentação foi a escolaridade da mãe, em que, proporcionalmente, as mulheres com 1 a 4 e com 9 a 11 anos de estudo tiveram maior frequência de respostas de não terem condições de conciliar o trabalho/estudo com a amamentação, compreendendo 6 (100%) e 41 (97,6%), respectivamente, quando

comparadas com as mulheres com 5 a 8 ou mais de 11 anos de estudo, 13 (68,4%) e 12 (70,6%), respectivamente.

Chama a atenção não encontrar essa necessidade mais freqüente nas mulheres com mais de 11 anos de estudo, pois, ao investigarmos a relação entre atividade extraluar e anos de estudo, encontramos que estas, proporcionalmente, foram as que referiram com maior freqüência (74,1%) exercerem atividade extraluar, em comparação com as que tinham outro nível de escolaridade, que tiveram freqüências em torno de 42,0%, com associação estatística significativa ($\chi^2 = 9,52$ e $p = 0,023$).

O fato pode ser justificado pelos resultados de Silva e Utiyama (2003) que mostraram que, às mulheres com maior escolaridade, as condições de trabalho podem ser mais flexíveis quando se trata de conciliar trabalho e amamentação, no que concerne, sobretudo, aos horários especiais e, mesmo, acesso ao lar para amamentar durante a jornada de trabalho.

Nenhuma adolescente referiu-se a esse elemento durante a entrevista, justificado provavelmente, pelo fato delas não referirem trabalhar, porém quatro delas eram estudantes.

Segundo os dados da tabela acima, o fato de residir com o companheiro não influenciou os níveis de dificuldade para conciliar trabalho/estudo e amamentação, pois as que afirmaram residir com o companheiro tiveram, proporcionalmente, maior freqüência, 61 (87,1%) de relato de dificuldade para conciliar ambas as práticas, em relação às que não viviam com o pai da criança. Uma limitação de nosso estudo foi não investigar a rede familiar de apoio a essas mulheres, pois a ausência do companheiro poderia ser superada por um maior suporte familiar para elas.

Como comentado anteriormente, observamos que algumas mulheres que não exerciam trabalho extraluar, manifestavam o desejo de voltar ao mercado de trabalho, avaliando as possibilidades. Sendo assim, das 15 (100%) que pretendiam retornar ao mercado de trabalho, a maioria delas, 13 (86,7%), verbalizou que enfrentaria alguma dificuldade para conciliar o trabalho com a amamentação.

O panorama reflete bem o modelo “Pesando riscos e benefícios” de Silva (1997), que, ao se deparar com o fato de precisar trabalhar, a mulher

pode priorizar suas necessidades e decidir pela interrupção do aleitamento materno precocemente, se não encontrar possibilidade de manter a criança em sua companhia durante a jornada de trabalho ou pode priorizar as necessidades da criança e optar pela manutenção do aleitamento, quando ela encontrar alternativas para amamentar enquanto trabalha, apesar de algumas dificuldades ou, até mesmo, desistir de trabalhar se encontrar condições para manter uma renda familiar suficiente.

Tabela 12- Necessidade de boas condições de vida - trabalhar ou estudar, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	Trabalhar ou estudar				Total	
		Não concilia		Concilia		N	%
		N	%	N	%		
Local do pré-natal	Serviço público	50	84,7	9	15,3	59	100,0
	Serviço privado	4	80,0	1	20,0	5	100,0
	Médico de convênio	18	90,0	2	10,0	20	100,0
	Total	72	85,7	12	14,3	84	100,0
Paridade	Primípara	26	83,9	5	16,1	31	100,0
	Não primípara	46	86,8	7	13,2	53	100,0
	Total	72	85,7	12	14,3	84	100,0
Local do parto	Hospital particular	4	100,0	-	-	4	100,0
	Hospital convênio	17	89,5	2	10,5	19	100,0
	Hospital público	51	83,6	10	16,4	61	100,0
	Total	72	85,7	12	14,3	84	100,0
Tipo de parto*	Normal	38	95,0	2	5,0	40	100,0
	Cesárea	30	78,9	8	21,1	38	100,0
	Fórcipe	4	66,7	2	33,3	6	100,0
	Total	72	85,7	12	14,3	84	100,0
Criança prematura	Sim	2	66,7	1	33,3	3	100,0
	Não	70	86,4	11	13,6	81	100,0
	Total	72	85,7	12	14,3	84	100,0
Peso da criança ao nascer	até 2.500g	2	100,0	-	-	2	100,0
	de 2.501g a 3.500g	41	80,4	10	19,6	51	100,0
	acima de 3.500g	29	93,5	2	6,5	31	100,0
	Total	72	85,7	12	14,3	84	100,0

* $\chi^2 = 6,01$ $p = 0,049$

Quanto ao perfil obstétrico, a única variável com significância estatística para a necessidade de conciliar emprego/estudo e amamentação

foi o tipo de parto, na qual encontramos, proporcionalmente, maior frequência de mulheres de parto normal que verbalizaram não conseguirem conciliar o trabalho com a amamentação, em relação aos partos cesárea e fórcepe. Essa relação, per si, parece não se revestir de importância prática. No entanto, ao investigarmos a relação entre o tipo de parto e a renda familiar, verificamos que as mulheres com renda familiar de até um salário mínimo e de um a três salários mínimos, foram as que, proporcionalmente, apresentaram maior frequência percentual de parto normal, 76,5% e 53,3%, respectivamente, com significância estatística ($\chi^2 = 16,86$ e $p = 0,01$), podendo representar, dessa forma uma necessidade de trabalhar e aumentar a renda da família.

Em relação à paridade, observamos, apesar de não ter significância estatística, uma frequência um pouco maior de não conciliar trabalho/estudo com amamentação entre as mulheres não primíparas 46 (86,8%). A esse resultado, atribuímos a possibilidade delas terem uma sobrecarga de atividades, que incluem, também, diferente da primípara, os cuidados dispensados a outro (s) filho (s).

Ao investigarmos a variável prematuridade da criança, observamos, nos dados da Tabela 12 que a maior frequência, proporcionalmente, de ter dificuldade para conciliar as duas práticas, trabalho e amamentação, foi para aquelas com filhos não prematuros 70 (86,4%), sem significância estatística.

Para procurar explicar melhor esse resultado, analisamos a relação entre ter filho prematuro e ter trabalho extraluar. Encontramos maior frequência de mulheres trabalhadoras, 106 (47,7%), àquelas que referiram ter dado à luz crianças de termo. Para as mulheres que citaram filhos prematuros, apenas 4 (25,0%) trabalhavam e 12 (75,0%) não exerciam atividade extraluar. O resultado não teve significância estatística, mas pode explicar o porquê de mães com filhos não prematuros terem referido com maior frequência necessidade de conciliar trabalho com amamentação.

No que concerne à relação entre a necessidade de boas condições de vida – trabalhar ou estudar e a situação de aleitamento materno, não encontramos associação estatisticamente significativa (Tabela 13). Verificamos que as mulheres em AMP, AM e D apresentaram,

proporcionalmente, maior frequência de expressões-chave quanto a não conseguir conciliar o trabalho com a amamentação, se comparadas com as mulheres em AME. Embora não seja significativo, podemos apreender que o fato de não conseguir conciliar trabalho ou estudo com a amamentação pode ter sido uma das razões para não estar mais amamentando exclusivamente ao seio.

Tabela 13- Necessidade de boas condições de vida – trabalhar ou estudar, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008

Situação de Aleitamento	Trabalhar ou estudar				Total	
	Não concilia		Concilia		N	%
	N	%	N	%		
AME	37	80,4	9	19,6	46	100,0
AMP	10	90,9	1	9,1	11	100,0
AM	22	91,7	2	8,3	24	100,0
D	3	100,0	-	-	3	100,0
Total	72	85,7	12	14,3	84	100,0

$$\chi^2 = 1,74 \quad p = 0,68$$

Ao retornar ao emprego após o nascimento da criança, as mulheres trabalhadoras poderão encontrar obstáculos para a continuidade do aleitamento materno, quando não encontrarem condições que favoreçam essa prática em seu ambiente de trabalho, que denominamos de apoio estrutural, como por exemplo, existência de creches no local ou próximo a ele, intervalos para amamentar durante o expediente, local adequado para a ordenha e refrigeração do leite materno, que poderão causar um impacto negativo na duração do AME (Rea et al., 1997; Osis et al., 2004).

Em revisão sistemática realizada por Abdulwadud e Snow (2008), para avaliar a efetividade de intervenções realizadas no local de trabalho para apoiar e promover o aleitamento materno entre mulheres que retornam a seu emprego, após o nascimento da criança, não encontraram estudos controlados que avaliassem essa efetividade. O resultado evidenciou a importância de se realizar estudos controlados para verificar os benefícios

dessas intervenções (como por exemplo, a existência de creche) para apoio, incentivo e promoção do aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras e facilitar a continuidade do aleitamento materno exclusivo, constituindo, também, uma maneira de avaliar a aplicação das leis de proteção à nutriz trabalhadora. Estas intervenções não só podem influenciar na duração do AME e AM, contribuindo para a saúde da mãe e da criança, como também diminuir o absenteísmo e melhorar a produtividade da mulher em seu ambiente de trabalho.

Rea et al. (1997) observaram que as mulheres que tinham creche nos locais de trabalho ou condições para ordenhar e acondicionar o leite materno, e horários flexíveis conseguiram amamentar por mais tempo em relação às que não tinham esses benefícios, porém, mesmo com condições de trabalho favoráveis, as medianas de AME ainda foram muito baixas. Quando não há creches, as mulheres sem condições de sair da empresa e ir para casa amamentar preferem negociar as pausas para amamentação e saírem 1 hora mais cedo ou entrarem 1 hora mais tarde no trabalho. Os autores mencionam também a importância da mulher receber orientação nos serviços de saúde para a ordenha e acondicionamento do leite, a fim de usufruir dos benefícios trabalhistas preconizados pela Organização Internacional do Trabalho.

5.3.1.3 Ter tempo para si

Ao analisarmos a necessidade de boas condições de vida - ter tempo para si, verificamos que, nas falas das 238 (100%) mulheres do estudo, 91 (38,2%) referiram-se a esse elemento da experiência de amamentar.

Entre estas 91 (100%) mulheres, 77 (84,6%) relataram não ter tempo para si ou para exercer outras atividades por estarem sobrecarregadas com o cuidado à criança e a prática da amamentação; 14 (15,4%) mulheres relataram ter tempo disponível para amamentar.

Segundo os depoimentos das mulheres do estudo, o papel de mãe implica dedicação total à satisfação das necessidades da criança, o que causa uma série de mudanças no cotidiano da mulher, que precisa organizar e dividir seu tempo, priorizando sempre a criança. Nas falas dessas mulheres, percebemos que a maternidade é um papel exclusivo da mulher e é sempre somado a outros papéis que já exercia, gerando uma sobrecarga que carece ser dividida. Mas, nem sempre a mulher encontra apoio da família ou do parceiro, gerando uma necessidade de encontrar mais tempo para cuidar de si ou para se dedicar a outros aspectos de sua vida cotidiana, e não estar centrada apenas na criança e na amamentação.

...são tantas coisas que a gente tem que fazer, observar, é... por exemplo, a criança, com a criancinha, eu fico sozinha em casa. Então eu tenho que fazer o serviço de casa, tem que comer, tem que cuidar dela. A gente faz, às vezes, o que dá, a prioridade é ela. Eu deixo até de comer, de ir ao banheiro por exemplo, pra cuidar dela, se ela tá chorando, se ela tem que mamar. Eu faço o que dá, priorizo o que é necessário e, algumas coisas, eu altero, pro outro dia, quando der. A prioridade é ela, roupa dela, coisas dela, comer, de repente você não passa nem a vassoura em casa, por que... não dá tempo. (E 033)

Como a neném tá tomando muito meu tempo, assim vamos dizer, não tomando meu tempo, mas pra mim mesmo, eu tô curtindo o momento de mãe, mas o momento de mulher eu ainda não tô voltando a curtir muito não. Eu sinto falta de arrumar o cabelo, de fazer alguma coisa que, infelizmente, não tá dando tempo pra fazer, e eu sinto muita falta. (E 209)

Algumas mulheres, apesar de sentir a necessidade de ter tempo para si, como indivíduo social, acham mais importante dedicar-se à maternidade, pois esse período de dedicação quase que exclusiva é encarado como transitório, melhorando à medida que a criança cresce.

... eu tô me dedicando muito à maternidade, a maternidade inclui vários passos, o crescimento dela. Ela tem muito soninho, então, não dá pra ficar saindo em vários lugares que eu ia antes, com ela, eu acho que eu tenho realmente que me abster de muitas coisas, pra mim não importa isso, mas... à medida que ela for crescendo, eu vou querer sair mais, ir num parque, até pra curtir mais, pra ela se movimentar bastante... Eu creio que a tendência é melhorar, mas, atualmente, tá muito pouco, né? A parte de lazer. (E 012)

...ter um filho resume em dedicação, então, se você quer ter um filho mas quer continuar a ter seu cinema, sua saída de todo dia à noite, no fim de semana, então, são duas coisas que não combinam. Então, acho que é mais consciência de que é um período, criança pequena tem essa necessidade, né? E é hora de você ser menos egoísta e pensar um pouco no nenê, né? Dedicação ao próximo, e o próximo é o filho, né? Então, acho que isso é o mais importante. (E 038)

Apreendemos, também, dos depoimentos de algumas mulheres, que o papel de mãe e nutriz exige uma dedicação exclusiva à criança e uma disponibilidade incondicional para amamentar, pois essa prática, na percepção delas, é considerada como natural da mulher que, fisiologicamente, é a responsável pela produção do leite.

É que nem eu falei, eu tô à disposição dele, não é ele que está à minha disposição. Se ele quer mamar agora, ele mama, se ele quer mamar daqui a 15min de novo, ele mama, se ele quer mamar daqui a duas horas, ele mama. Independentemente do local, da hora e se eu tô na rua eu paro no local, dou mamá pra ele. Não tenho vergonha nem um pouco. (E 092)

O meu lazer é cuidar dele, não tenho. Você tem um filho, você tem que viver pra ele agora, enquanto ele tiver pequenininho assim. Só o bebê só, ainda mais que você dá o peito, não tem como deixar com alguém ou deixar com a minha mãe, e sair, porque ele vai... cadê o peito, o peito ta comigo, né? (E 108)

Para algumas mulheres, o fato de não ter tempo para as atividades básicas de higiene, alimentação e cuidados da casa foi determinante na decisão de adotar estratégias, como a oferta de chupeta para acalmar a criança, para ter algum tempo disponível para fazer outras atividades.

... o bico, eu introduzi, porque o bebê fica enjoado sem a chupeta, né? Essa daqui, mesmo com a chupeta ela mama, que eles ficam brigando pra gente não introduzir nada, mas, às vezes, a criança fica muito enjoada e você dá a chupeta, ela pega e dá tempo de ir ao banheiro, pelo menos, né? Porque nem sempre é fome, né? Às vezes, ela só quer brincar com isso. (E 022)

Ainda, podem levá-la a decidir pela introdução de outro leite, quando se torna possível que outra pessoa possa alimentar a criança, liberando-a para realizar outras atividades.

... eu pretendo dar também até dois anos, só que dela, eu quero depois dos seis meses intercalar a mamadeira e o peito, porque só com o peito você fica muito presa, porque que nem o meu outro filho até quando eu ia ao médico, tinha que levar por causa do peito porque eu não dei mamadeira para ele. Dela, eu quero ver se posso deixar, pelo menos, com o pai, se eu precisar fazer alguma coisa, ele pode ficar, dou a mamadeira para poder ficar. (E 118)

Segundo o modelo “Pesando riscos e benefícios” (Silva, 1997), não ter tempo para amamentar ou não tendo sossego em razão do comportamento de choro da criança, são algumas das características que a nutriz avalia como justificativa de ordem pessoal quanto à sua posição de abandonar o aleitamento, quando ela prioriza suas necessidades.

Com relação ao perfil socioeconômico das mulheres, nenhuma variável apresentou significância estatística para a necessidade de boas condições de vida - ter tempo para si, como apresentado nos dados da Tabela 14, a seguir.

Tabela 14- Necessidade de boas condições de vida - ter tempo para si, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis*	Categorias	Ter tempo para si				Total	
		Não tem tempo		Tem tempo		N	%
		N	%	N	%		
Idade	Adolescente	2	66,7	1	33,3	3	100,0
	Não adolescente	75	85,2	13	14,8	88	100,0
	Total	77	84,6	14	15,4	91	100,0
Idade da criança	até 30 dias	10	83,3	2	16,7	12	100,0
	de 31 a 120 dias	48	82,8	10	17,2	48	100,0
	de 121 a 180 dias	19	90,5	2	9,5	21	100,0
	Total	77	84,6	14	15,4	91	100,0
Escolaridade	de 1 a 4 anos	6	100,0	-	-	6	100,0
	de 5 a 8 anos	15	71,4	6	28,6	21	100,0
	de 9 a 11 anos	44	86,3	7	13,7	51	100,0
	mais de 11 anos	12	92,3	1	7,7	13	100,0
	Total	77	84,6	14	15,4	91	100,0
Reside com o companheiro	Sim	63	85,1	11	14,9	74	100,0
	Não	14	82,4	3	17,6	17	100,0
	Total	77	84,6	14	15,4	91	100,0
Trabalho extralar	Trabalha e tem licença	30	85,7	5	14,3	35	100,0
	Trabalha e não tem licença	8	80,0	2	20,0	10	100,0
	Não trabalha	39	84,8	7	15,2	46	100,0
	Total	77	84,6	14	15,4	91	100,0
Renda familiar (em salários mínimos)	até 1	3	100,0	-	-	3	100,0
	mais de 1 a 3	45	84,9	8	15,1	53	100,0
	mais de 3 a 7	24	88,9	3	11,1	27	100,0
	mais de 7	5	71,4	2	28,6	7	100,0
	Total	77	84,6	14	15,4	91	100,0

*p> 0,05 para todas as variáveis

Esperávamos encontrar maiores frequências de relato de não ter tempo para si nas mulheres com crianças até 30 dias, pois estas demandam uma exigência maior de cuidados que corresponderia, também, ao período de adaptação ao papel materno, porém a maior frequência incidiu no grupo de mulheres com crianças maiores de 120 dias. Talvez isso se explique pelo fato de que este corresponde ao período de retorno ao emprego, gerando

um acúmulo de atividades, mas observamos que o número de mulheres trabalhadoras que referiu essa necessidade, foi semelhante à de mulheres não trabalhadoras. Sugerimos aprofundar esta questão em estudos futuros.

Em seu estudo, Aragaki (2008) considera que as mulheres conseguiram ou não administrar as mudanças ocorridas com o nascimento da criança, com o manejo do aleitamento materno e o desempenho nas atividades do lar, mas observou que, nas situações de descontentamento, as mulheres relataram conformidade, pois estavam vivenciando uma 'fase' natural e passageira da maternidade e que, após essa 'fase', com o crescimento e independência gradativa da criança, a vida volta ao normal. A diferença está em superar o conflito entre desejar amamentar e aceitar as restrições que o processo impõe-lhe e as ferramentas que ela tem disponíveis (estratégias, apoio) para conciliar seus papéis e recuperar seu espaço e projetos, para além da maternidade.

Observamos que, para as mulheres do presente estudo, este conflito tornou-se maior com o passar do tempo, quando inferimos que a mulher, ao buscar retomar seus projetos de vida, ainda não conseguiu desvincular-se da exigência da dedicação de seu tempo também à criança.

Para a variável escolaridade, observamos resultados dicotômicos, nos quais as maiores frequências de relato de não ter tempo para si foram verificadas em mulheres com 1 a 4 anos de escolaridade 6 (100%) e naquelas com mais de 11 anos de estudo 12 (92,3%). Isso se explica se considerarmos que as mulheres com menor escolaridade foram as que tiveram menor renda familiar ($\chi^2 = 63,45$ e $p < 0,001$) e as com maior escolaridade foram as que apresentaram maior frequência de trabalho extraluar ($\chi^2 = 9,52$ e $p = 0,023$).

Quanto à situação com o companheiro, a menor frequência 14 (82,4%) de expressões-chave relativas a não ter tempo para si foram identificadas em entrevistas de mulheres que não residiam com o mesmo, sendo mais um indício de que essas mães, provavelmente, tinham um maior suporte de seu entorno social ou conseguiam se organizar para suprir esta necessidade, porém esta se manifesta como algo importante para a nutriz.

Tabela 15- Necessidade de boas condições de vida - ter tempo para si, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis*	Categorias	Ter tempo para si				Total	
		Não tem tempo		Tem tempo		N	%
		N	%	N	%		
Local do pré-natal	Serviço público	65	85,5	11	14,5	76	100,0
	Serviço privado	2	100,0	-	-	2	100,0
	Médico de convênio	10	76,9	3	23,1	13	100,0
	Total	77	84,6	14	15,4	91	100,0
Paridade	Primípara	32	84,2	6	15,8	38	100,0
	Não primípara	45	84,9	8	15,1	53	100,0
	Total	77	84,6	14	15,4	91	100,0
Local do parto	Hospital particular	4	80,0	1	20,0	5	100,0
	Hospital convênio	11	78,6	3	21,4	14	100,0
	Hospital público	60	85,7	10	14,3	70	100,0
	Outro	2	100,0	-	-	2	100,0
	Total	77	84,6	14	15,4	91	100,0
Tipo de parto	Normal	36	90,0	4	10,0	40	100,0
	Cesárea	30	78,9	8	21,1	38	100,0
	Fórcipe	11	84,6	2	15,4	13	100,0
	Total	77	84,6	14	15,4	91	100,0
Criança prematura	Sim	5	100,0	-	-	5	100,0
	Não	72	83,7	14	16,3	86	100,0
	Total	77	84,6	14	15,4	91	100,0
Peso da criança ao nascer	até 2.500g	4	100,0	-	-	4	100,0
	de 2.501g a 3.500g	47	83,9	9	16,1	56	100,0
	acima de 3.500g	26	83,9	5	16,1	31	100,0
	Total	77	84,6	14	15,4	91	100,0

*p> 0,05 para todas as variáveis

Ao observarmos os dados da Tabela 15, verificamos, quanto ao perfil obstétrico das mulheres, que nenhuma variável apresentou significância estatística para a necessidade de boas condições de vida - ter tempo para si.

No que tange à paridade, é interessante notar que a diferença percentual entre primíparas e não primíparas é quase inexistente, quanto à referência não ter tempo para si, o que reitera a ideia de que cada processo de “tornar-se mãe” é único e acarreta os mesmos cuidados e dedicação aos filhos, independente da fase de vida da mulher (Silva, 1999).

Dentre as que verbalizaram essa necessidade, observamos que a

frequência percentual das que tiveram filhos prematuros ou com peso menor ou igual a 2.500 gramas representaram 100% dessas mulheres. Ao investigarmos a relação entre prematuridade da criança e peso ao nascer, verificamos que a maioria das crianças prematuras (52,9%), também tinha essa faixa de peso, com associação significativa ($\chi^2 = 34,28$ e $p < 0,001$), podemos afirmar que um bebê prematuro pode exigir uma demanda de cuidados maior, implicando a percepção materna de necessidade de dedicar-se, também, ao autocuidado.

Tabela 16- Necessidade de boas condições de vida - ter tempo para si, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008

Situação de Aleitamento	Ter tempo para si				Total	
	Não tem tempo		Tem tempo		N	%
	N	%	N	%		
AME	39	79,6	10	20,4	49	100,0
AMP	12	92,3	1	7,7	13	100,0
AM	23	88,5	3	11,5	26	100,0
D	3	100,0	-	-	3	100,0
Total	77	84,6	14	15,4	91	100,0

$\chi^2 = 2,38$ $p = 0,49$

Nas informações da Tabela 16, é possível observar que não houve significância estatística entre a necessidade de boas condições de vida - ter tempo para si e a situação de aleitamento. Proporcionalmente, as maiores frequências de mulheres que relataram não ter tempo para si, foram as que haviam desmamado seus filhos 3 (100%) e as que praticavam AMP 12 (92,3%).

Segundo Aragaki (2008), a sobrecarga de atividades é relatada com frequência nos discursos das nutrizes, porém muitas delas continuam a amamentar devido em razão da crença na superioridade do leite materno, acarretando benefícios à criança, evidenciando que, ao “pesar riscos e benefícios” (Silva, 1997), ela prioriza satisfazer as necessidades do filho, e 100% de mães cujos filhos estavam desmamados, também, relataram essa necessidade. Por outro lado, as mulheres que mantinham AME, foram as que menos referiram não ter tempo e, conseqüentemente, apresentaram a

maior frequência entre as que consideraram ter tempo e conciliar assim suas necessidades com a amamentação.

5.3.1.4 Ter sono e repouso adequados

Dentre as 238 (100%) mulheres do estudo, a *necessidade de boas condições de vida – ter sono e repouso adequados*, foi identificada a partir da fala de 233 (97,9%) delas, abrangendo quase que a totalidade da amostra.

Para essas 233 (100%) mulheres que expressaram esse elemento, observamos que 168 (72,1%) verbalizaram não ter essa necessidade atendida e 65 (27,9%) relataram dormir adequadamente.

Para a mulher que amamenta, *ter sono e repouso adequados* está vinculado ao comportamento de mamar e de sono do filho, e está presente nas diferentes etapas do crescimento da criança, desde o nascimento, no período de internação na maternidade.

Na internação, além da solicitação espontânea da criança para mamar e receber cuidados, a mulher relata, também, a interferência da equipe de saúde que, na execução de suas atividades assistenciais, a desperta ou não lhe propicia um ambiente adequado para dormir e repousar.

... no hospital eu não dormi. A primeira noite, eu não dormi, na segunda noite, eu dei uns cochilos mas também não dormi. Quando foi na última noite, que eu dava uns cochilos, as meninas me acordavam porque ele tava chorando. Então, a gente não dorme, porque muita gente vem examinar, vem olhar como que tá o bebê. A gente tem que ficar sempre atenta, né? Era muita gente entrando no quarto e saindo... (E 181)

Assim, a nutriz valoriza o apoio recebido pelo profissional de saúde durante a internação hospitalar, quando este, compreendendo sua necessidade de sono, assume temporariamente os cuidados com a criança, para que ela possa descansar.

... sempre tive um ótimo atendimento em todas as partes lá e... a comida, a atenção das pessoas, as enfermeiras sempre do lado, inclusive, uma enfermeira veio, pegou a neném, e falou: mãe, vai dormir um pouco, que eu estava assim, deporada não tava agüentando. Aí ela pegou e ficou umas duas horas com a neném, eu consegui dormir. (E 012)

Nos discursos das mulheres, observamos que a necessidade de sono e repouso está interligada ao fato da criança mamar frequentemente à noite, presença de cólicas, comportamento de “trocar o dia pela noite”, gerando cansaço e estresse ou, até mesmo, interferindo na vida conjugal. Mesmo relatando receber ajuda da família nos cuidados com a criança (apoio instrumental), o ato de amamentar ao seio é exclusivo da mulher, tendo dessa forma que acordar e estar disponível para satisfazer à fome da criança.

... tô dormindo muito pouco e, às vezes, é assim, é 1 hora de sono e é sempre cortado. Não são horas de sono contínuas, o máximo que eu tenho são 3 horas contínuas de sono. Então, pra mim, isso é muito pouco... por causa da amamentação. E... por causa das cólicas, que ele teve muito cedo, né? Então, às vezes, ele fica muito irritado à noite. ...então, não tem muito tempo pra descansar é... dedicação quase que exclusiva. (E 038)

..meu sono tá péssimo assim, não tô conseguindo dormir direito. Ela acorda toda hora e, às vezes, eu até deito ela um pouquinho comigo, pra ela se sentir aconchegada. Depois que ela dorme eu coloco ela no berço, porque eu não consigo dormir com ela, tenho medo de sufocar ela... (E 012)

Foi terrível, porque a gente não dormia, porque como ela tava mamando no peito, então, era eu mesmo... (E 225)

Para algumas mulheres, essa necessidade torna-se tão premente que decidem por introduzir outro leite na dieta da criança, como forma de estender o tempo de sono da criança e, conseqüentemente, aumentar também suas horas de sono.

Nossa! Era muito difícil, eu acordava à 1, 3, acordava se não me engano às 4 também. Acho que de meia em meia hora, eu tava acordando. Não tinha sono pra ela, sono de passarinho, fechou o olho e acorda, então... Depois que eu comecei a dar outro tipo de leite, aí ela já foi... ela levantava 4 horas da manhã desesperada, eu achava que... nossa, aconteceu, derrubou o mundo, só que era fome. Aí depois que eu comecei a dar outro leite, ela agora só acorda às 8 horas. (E 228)

Ou mesmo, ordenhando o próprio leite, para oferecer na mamadeira à criança, melhorando sua satisfação e aumentando suas horas de sono.

... ele suga sim, mas ele cospe tudo pra fora. Ele tá mamando e para. Ele larga o bico, aí ele dorme 15 minutos. Aí eu coloco ele na cama, ele vai e acorda e quer mamar de novo. Então, por isso que eu dou a mamadeira, porque já satisfaz ele e ele tem o sono dele tranquilo... mais o leite meu, eu tiro na bombinha e coloco na mamadeira com o bico ortodôntico, eu comprei, tudo, e dou pra ele. (E 125)

Algumas mulheres adotam estratégias para melhorar as horas de sono e repouso, procurando adaptar-se aos horários de sono da criança, dormindo quando ela dorme, mesmo durante o dia ou compartilhando a cama com a criança.

... o menino chora, resmunga, tem que acudir pra dar o peito. Tem que botar um pouquinho no colo, então (o sono) não tá nem tão ruim, nem tão bom... Hoje, quando ele dorme, eu durmo um pouquinho também, a hora que ele dá uma... acalma um pouquinho, tá eu junto com ele... No começo, eu não dormia, ficava preocupada com esse negócio de casa limpa, roupa lavada, não sei o quê... e acabei ficando com essa parte do meu olho tudo preta... hoje, ele dorme um pouquinho e eu vou junto... (E 174)

...ela dormia na cama comigo porque ela não ficava no bercinho desde que nasceu. Aí à noite ela chorava pra caramba, conseguiu dormir um pouquinho. Aí as enfermeiras falava "aí, não pode deixar na cama, porque senão pode cair e se machucar", mas ela só dormia comigo e, hoje, também, ela dorme comigo, na minha cama, em cima do meu braço, assim, não tem jeito, é desde que nasceu... (E 189)

Os resultados aqui encontrados reiteram o modelo “Pesando riscos e benefícios” de Silva (1997), a nutriz pode priorizar suas necessidades de repouso e abandonar o aleitamento, pois as solicitações frequentes da criança no período noturno geram cansaço, pelo sono insuficiente e pelas atividades que ainda terá de desenvolver durante o dia. Ao priorizar sua necessidade de repousar, a nutriz lança mão da mamadeira noturna, buscando satisfazer a criança por mais tempo e, com isso, dormir melhor.

Para algumas dessas mulheres, observamos que o sono é satisfatório, de acordo com o comportamento de dormir e despertar do filho.

Outras relatam melhora do sono com o passar do tempo, pois foram adaptando-se ou acostumando-se com os horários da criança.

... desde que ela nasceu, ela dorme bem. Não tem problema... É porque ela não acorda à noite pra mamar, ela dorme a noite inteira, aí quando o peito tá muito cheio, aí eu que acordo ela, pra ela mamar, mas, dependendo, ela dorme a noite inteira, acorda 7 horas pra mamar, mas desde quando nasceu. (E 022)

... ele não me dá trabalho. De noite assim, ele mama, eu dou banho, ele mama, ele dorme... aí eu já... na verdade eu já peguei o ritmo dele entendeu? Então, meu sono tá muito bom. Às vezes, de tardezinha, ele tá dormindo, eu já fiz tudo... dou uma cochiladinha com ele também, então,... tá muito bom. (E 085)

Para algumas mulheres, mesmo sentindo a necessidade de sono e repouso, não se importam de dormir pouco, pois culturalmente a mulher suporta as dificuldades para atender às necessidades da criança.

... o sono é menos, né? O primeiro mês é difícil, você dorme pouco... Eu só durmo o tanto que dá mesmo, de noite. É de 2 em 2 horas, aí acorda toda hora mesmo pra mamar... Durante esse mês, ela pegou só 190 gramas, e ela tem que engordar mais ainda. Por isso, que tem que dormir menos e dar mais mamar pra ela, pra pegar peso e crescer rápido. ...Vale a pena você ficar acordada assim, por causa da criança, né? O bichinho não sabe pedir nada, não sabe de nada... mesmo dormindo pouco, tô satisfeita sim, vale a pena tadinho, o bichinho é tão... inocente. (E 062)

Não vou falar pra você que todo dia eu acordo com disposição, às vezes, não, às vezes, bate um desânimo na gente. Dá vontade, pô vou dormir um pouco, mas não tem ninguém pra cuidar dela. Eu sou mãe, acorda, cuidar dela, eu sei que eu vou ter a recompensa lá na frente, não assim dos outros, dela entendeu?A recompensa dela, minha filha. (E 032)

Nesse cenário, percebemos a importância do apoio dos familiares que assumem o cuidado da criança durante algum período, propiciando um momento de descanso à mãe.

... você tendo um bebê novinho, você não dorme, né? Não tenho aquele sono assim, às vezes, eu falo assim aí meu Deus, quando que eu vou ter aquele sono que eu dormia antes sabe, agora tá bem menos, eu não durmo assim. Aquele sono que, antigamente, né? Eu acordo mais, tô mais cansada durante o dia, então, o estado físico da gente mexe bastante. Ele acorda pra mamar, pra trocar, são várias vezes na noite. Aí o que eu faço, aí, às vezes,

eu deixo a minha mãe ficar com a nenê pra mim poder descansar mais um pouquinho, ou senão eu aproveito à tarde, que ela dorme, aí eu durmo junto com ela, porque senão eu não agüento. (E 107)

Lá na maternidade eu nem dormi, não sabia o que era dormir não, lá... Mas em casa eu dormi, uma pegava "deixa eu ficar um pouquinho com ele, pra você dormir um pouquinho". Elas me ajudava. Achei ótimo, porque senão... você acaba dormindo e o bebê caindo, né? Se não tiver essa ajuda. (E 108)

Tabela 17- Necessidade de boas condições de vida – ter sono e repouso adequados, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	Ter sono e repouso adequados				Total	
		Não tem		Tem		N	%
		N	%	N	%		
Idade	Adolescente	16	66,7	8	33,3	24	100,0
	Não adolescente	152	72,7	57	27,3	209	100,0
	Total	168	72,1	65	27,9	233	100,0
Idade da criança*	até 30 dias	32	88,9	4	11,1	36	100,0
	de 31 a 120 dias	101	75,4	33	24,6	134	100,0
	de 121 a 180 dias	35	55,6	28	44,4	63	100,0
	Total	168	72,1	65	27,9	233	100,0
Escolaridade	de 1 a 4 anos	13	59,1	9	40,9	22	100,0
	de 5 a 8 anos	41	68,3	19	31,7	60	100,0
	de 9 a 11 anos	96	76,8	29	23,2	125	100,0
	mais de 11 anos	18	69,2	8	30,8	26	100,0
	Total	168	72,1	65	27,9	233	100,0
Reside com o companheiro	Sim	141	73,4	51	26,6	192	100,0
	Não	26	65,0	14	35,0	40	100,0
	Viúva	1	100,0	-	-	1	100,0
	Total	168	72,1	65	27,9	233	100,0
Trabalho extralar	Trabalha e tem licença	60	71,4	24	28,6	84	100,0
	Trabalha e não tem licença	19	79,2	5	20,8	24	100,0
	Não trabalha	89	71,2	36	28,8	125	100,0
	Total	168	72,1	65	27,9	233	100,0
Renda familiar (em salários mínimos)	até 1	9	56,2	7	43,8	16	100,0
	mais de 1 a 3	97	72,4	37	27,6	134	100,0
	mais de 3 a 7	43	81,1	10	18,9	53	100,0
	mais de 7	18	69,2	8	30,8	26	100,0
	Total	167	72,9	62	27,1	229	100,0

* $\chi^2 = 14,33$ $p = 0,001$

Quando buscamos compreender como se relaciona a necessidade de boas condições de vida – ter sono e repouso adequados, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, verificamos que a única variável com significância estatística foi a idade da criança ($p= 0,001$).

Observamos que as mulheres com crianças mais jovens relataram com maior frequência 32 (88,9%) ter sono e repouso inadequados, ocorrendo o inverso nas mulheres com crianças mais velhas que, proporcionalmente, têm frequência maior de sono e repouso adequados, 28 (44,4%). Podemos apreender que à medida que a criança envelhece, há melhora do padrão de sono da mulher.

Ao considerarmos que as razões de dormir pouco citadas pelas mulheres voltaram-se, sobretudo, para o comportamento de choro da criança, podemos considerar que essa melhora no padrão de sono deve ter ocorrido pela adaptação da mãe à criança, facilitando a identificação das manifestações do lactente e mamadas mais espaçadas, além do que nessa idade a criança já não apresenta mais a cólica, fator também levantado pelas mulheres, como causa do choro intenso do filho e interferência no padrão de sono.

As mulheres adolescentes citaram, proporcionalmente, com menor frequência, 16 (66,7%), não ter sono e repouso adequados. Embora este resultado não tenha significância estatística, pode indicar que as mesmas poderiam ter um maior apoio familiar. O mesmo pode ser dito com relação à situação com o companheiro, na qual a menor frequência, 26 (65,0%) de sono inadequado foi verificada nas mulheres que não residiam com o pai da criança.

Tabela 18- Necessidade de boas condições de vida – ter sono e repouso adequados, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	Ter sono e repouso adequados				Total	
		Não tem		Tem		N	%
		N	%	N	%		
Local do pré-natal	Serviço público	137	71,0	56	29,0	193	100,0
	Serviço privado	6	100,0	-	-	6	100,0
	Médico de convênio	25	73,5	9	26,5	34	100,0
	Total	168	72,1	65	27,9	233	100,0
Paridade*	Primípara	86	78,2	24	21,8	110	100,0
	Não primípara	82	66,7	41	33,3	123	100,0
	Total	168	72,1	65	27,9	233	100,0
Local do parto	Hospital particular	7	77,8	2	22,2	9	100,0
	Hospital convênio	24	75,0	8	25,0	32	100,0
	Hospital público	136	72,0	53	28,0	189	100,0
	Outro	1	33,3	2	66,7	3	100,0
	Total	168	72,1	65	27,9	233	100,0
Tipo de parto	Normal	77	70,0	33	30,0	110	100,0
	Cesárea	66	72,5	25	27,5	91	100,0
	Fórcipe	25	78,1	7	21,9	32	100,0
	Total	168	72,1	65	27,9	233	100,0
Criança prematura	Sim	14	93,3	1	6,7	15	100,0
	Não	154	70,6	64	29,4	218	100,0
	Total	168	72,1	65	27,9	233	100,0
Peso da criança ao nascer	até 2.500g	12	70,6	5	29,4	17	100,0
	de 2.501g a 3.500g	107	69,0	48	31,0	155	100,0
	acima de 3.500g	49	80,3	12	19,7	61	100,0
	Total	168	72,1	65	27,9	233	100,0

* $\chi^2 = 3,83$ $p = 0,05$

Com relação à necessidade de boas condições de vida – ter sono e repouso adequados e o perfil obstétrico das mulheres, a paridade foi a única variável com significância estatística ($p = 0,05$) na qual as mulheres primíparas relataram, proporcionalmente, com maior frequência, não ter sono e repouso adequados, quando comparadas às mulheres com mais de um filho.

Podemos considerar que as primíparas teriam uma dificuldade maior de organizar suas atividades e a solicitação da criança para mamar nesse

período de adaptação após o nascimento da criança, resultando em períodos de sono irregulares e insatisfatórios.

Também podemos considerar que essa insatisfação pode ser o resultado de uma mudança muito brusca no padrão de sono contínuo a que estava acostumada. Mulheres não primíparas, nesse sentido, já experienciaram o padrão de sono descontínuo inerente às exigências de cuidados pela criança e já teriam alguma estratégia para conciliar o sono ou estariam 'acostumadas' com esse padrão.

Apesar de não ter significância estatística, observamos maiores frequências de relatos de sono e repouso inadequados em mulheres que realizaram o pré-natal e deram à luz em serviços privados, compreendendo 6 (100%) e 7 (77,8%) das participantes, respectivamente. Compreendendo que estas mulheres representam condições melhores de renda e, portanto, poderiam ter auxílio remunerado nos serviços domésticos ou com a criança, leva-nos a pensar na possibilidade de estudos futuros para esclarecer este resultado.

As mães cujos bebês nasceram prematuros tiveram uma maior frequência de relato de sono e repouso insatisfatórios com 14 (93,3%), o que denota uma preocupação de cuidados mais especiais a essa criança ou uma exigência maior de cuidados por parte à mesma.

Observamos também que as mulheres cujas crianças nasceram com peso maior do que 3.500 gramas foram as que, proporcionalmente, relataram com maior frequência 49 (80,3%), sono insatisfatório. Estudos futuros poderiam ser realizados para determinar diferenças entre o padrão de choro e saciedade das crianças com peso maior. Estas variáveis, prematuridade e peso da criança ao nascer, não tiveram significância estatística.

A seguir, nos dados da Tabela 19, verificamos que não houve significância estatística entre necessidade de boas condições de vida – ter sono e repouso adequados e a situação de aleitamento. No entanto, observamos que a maior frequência de referência de sono e repouso inadequados, proporcionalmente, ocorreu nas mulheres que tinham

desmamado seus filhos 11 (91,7%) e na sequência, para aquelas que mantinham seus filhos em AMP 28 (75,7%).

Tabela 19 - Necessidade de boas condições de vida – ter sono e repouso adequados, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008

Situação de Aleitamento	Ter sono e repouso adequados				Total	
	Não tem		Tem		N	%
	N	%	N	%		
AME	100	70,4	42	29,6	142	100,0
AMP	28	75,7	9	24,3	37	100,0
AM	29	69,0	13	31,0	42	100,0
D	11	91,7	1	8,3	12	100,0
Total	168	72,1	65	27,9	233	100,0

$\chi^2 = 2,91$ $p = 0,41$

Para a maioria das mães e crianças, o sono é problemático, pois, após o nascimento, o sono materno torna-se fragmentado e com horas reduzidas, em razão da grande frequência em que a criança solicita o peito e ao aumento do tempo de duração das mamadas. O aumento do total de horas dormidas durante as 24 horas do dia e a duração do sono noturno podem ser melhorados quando a mulher consegue dormir durante o dia e coordenar os seus horários de sono com a criança (Thomas e Foreman, 2005).

Ao analisarem a relação entre o padrão de sono da mãe e da criança, na quarta semana pós-parto, em aleitamento materno ou não, Quillin e Glenn (2004) observaram que crianças amamentadas ao seio tiveram total de horas de sono menor do que as que recebiam mamadeira e que as mães que amamentavam ao seio tiveram sono mais fragmentado e dormiam mais quando praticavam o co-leito. Dormir com a criança é uma prática controversa em razão dos questionamentos quanto à segurança para a criança, sobretudo nos leitos hospitalares, que não são adequados para esse fim. Os autores observam que muitas mães acabam realizando o co-leito em casa, cabendo aos profissionais de saúde orientarem quanto aos riscos e benefícios dessa prática, deixando a decisão para os pais,

orientando-os sobre os cuidados a serem tomados para não colocar a criança sob risco de sufocação ou queda.

Ao avaliarem o padrão de sono de pais e mães, Gay, Lee e Lee (2004) observaram que ambos citaram padrão de sono interrompido à noite e fadiga durante o primeiro mês após o parto. Apesar dos pais terem relatado menor total de horas dormidas em 24 horas, as mães mencionaram mais distúrbios de sono do que os pais, e não houve diferença nos níveis de fadiga. Ainda, segundo este estudo, a maioria das mães praticava o AME (80%), embora tenha tido sono mais fragmentado e maior tempo acordada durante à noite em relação às que não amamentavam exclusivamente ao seio, este resultado não foi significativo.

5.3.1.5 Ter boa saúde mental

Optamos por chamar de boa saúde mental as ideias centrais em que as mulheres, de alguma forma, falavam a respeito dos aspectos emocionais envolvidos no processo de amamentação. A importância de ter um equilíbrio emocional durante esse período foi verbalizada. Assim, as mulheres falaram sobre sua percepção de depressão, de estresse e ansiedade que podem vivenciar, pelas dificuldades com a amamentação, ou mesmo, com problemas familiares.

Encontramos ideias centrais relativas à necessidade de boas condições de vida – ter boa saúde mental nas falas de 142 (59,7%) mulheres deste estudo, do total de 238 (100%) mulheres.

Dentre as 142 (100%) mulheres, 90 (63,4%) relataram ter vivenciado algum problema emocional durante o período de aleitamento, enquanto 52 (36,7%) relataram ter tido calma e tranquilidade nesse período.

Nos discursos das nutrizas, observamos uma preocupação de manter a tranquilidade e um equilíbrio emocional, e sua crença de que sentimentos ruins e o estresse podem passar para o leite e prejudicar à criança.

... toda vez que eu amamento ele é um momento que eu quero ficar tranquila, não chegar a ficar a tempo de ficar nervosa, ter me transtornado com alguma coisa. Tento me acalmar pra depois amamentar ele, porque eu acho isso muito importante, qualquer ato ou qualquer sentimento, qualquer coisa de rancor ou qualquer tipo de sentimento que você tiver naquela hora e você passar pra ele, pelo leite, ele já consegue perceber isso... Qualquer ato que você faça no momento, inconscientemente, se você passar... você passa pra ele na amamentação. (E 064)

Para essas mulheres, ser mãe e nutriz podem causar insegurança, ansiedade e uma sensação de não dar conta do que é esperado dela, provocando um desequilíbrio emocional, levando, inclusive, à procura pelo profissional de saúde, isto é, gerando uma demanda. A ajuda de familiares foi relatada como importante nesse período de adaptação, para que sintasse-se mais segura e equilibrada.

... no começo, eu fiquei bem nervosa, que eu falava meu Deus! Como que eu vou fazer, né? O neném, arrumar a casa, tem coisa do marido, comida pra fazer, fiquei desesperada, né? Aí até a minha mãe ficou mais comigo, porque acho que eu tive um comecinho de depressão pós-parto, até vim aqui e conversei com a psicóloga... Acho que por causa disso, eu fiquei meio nervosa, não sabia o que fazer. (E 225)

...quando ele começa a chorar muito, porque eu não sei o que é. Faço tudo: troco fralda, dou peito, dou leite, porque eu acho que ele tá com fome e não é. Aí dá aquele desespero, porque ontem mesmo foi um dia que eu chorei quase o dia inteiro, porque ele chorou o dia inteiro, e eu não sabia mais o que fazer. Aí, eu fico desesperada quando acontece isso, porque eu não sei o que está acontecendo. (E 079)

Observamos que as mulheres relatam que, ao retornarem para sua realidade cotidiana após a alta, dependendo dos problemas que encontra, o ambiente onde vive e as relações familiares podem interferir em seu equilíbrio emocional. Percebe-se, também, que há uma preocupação com a influência de que o estresse e a ansiedade podem ter no processo de aleitamento e na vivência da criança ao peito.

Depois que eu voltei pra casa... começou a ficar ruim, porque (tive problemas familiares e) o meu sistema emocional acho que afetou um pouco. Dificultou, assim, em relação à questão emocional. Acho que passou um pouco pra ela, porque ela ficou muito agitada. Ela tava muito chorona, muito reclamona, não conseguia mamar direito, às vezes, ela tentava mamar e não conseguia

pegar o peito, mas depois eu dei uma acalmada, eu coloquei na minha cabeça que eu tinha que ser forte, passar energia boa pra ela, aí eu consegui dar a volta por cima.... (E 018)

Para essas mulheres, o retorno ao trabalho pode ser um fator gerador de estresse e preocupação, quando outra pessoa assumirá os cuidados com a criança.

...ansiedade por causa do meu bebê porque ele fica com outra pessoa. Aí eu choro no meu serviço, sabe? Daí de noite, eu fico, assim, meio depressiva. Meu marido também não fica a semana toda comigo, porque ele trabalha de noite. Então, aí eu me sinto um pouco só, aí eu fico meio depressiva assim, mas tudo bem. Não é uma coisa profunda, só uns momentos que a gente tem... (E 030)

Um pouco de depressão, mesmo, não sei, é uma insatisfação que a gente não sabe de onde vem, fica meio... sem vontade de fazer nada, aqueles dias que dá vontade de sentar no sofá, ligar a televisão e ficar olhando pra nada, assim. E agora, como eu tô muito em casa, dá um pouco de tristeza, você sente falta de sair mais, de ir trabalhar, tá fazendo falta, então, às vezes, a gente fica meio triste assim. E meio ansiosa, também, por tentar saber como vai ser a hora que tiver que deixar a nenê, numa creche, assim, já dá uma certa ansiedade. (E 042)

Tabela 20- Necessidade de boas condições de vida – ter boa saúde mental, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis*	Categorias	Ter boa saúde mental				Total	
		Não teve boa saúde mental		Teve boa saúde mental		N	%
		N	%	N	%		
Idade	Adolescente	6	50,0	6	50,0	12	100,0
	Não adolescente	84	64,6	46	35,4	130	100,0
	Total	90	63,4	52	36,6	142	100,0
Idade da criança	até 30 dias	15	62,5	9	37,5	24	100,0
	de 31 a 120 dias	56	69,1	25	30,9	81	100,0
	de 121 a 180 dias	19	51,4	18	48,6	37	100,0
	Total	90	63,4	52	36,6	142	100,0
Escolaridade	de 1 a 4 anos	10	66,7	5	33,3	15	100,0
	de 5 a 8 anos	19	63,3	11	36,7	30	100,0
	de 9 a 11 anos	48	60,8	31	39,2	79	100,0
	mais de 11 anos	13	72,2	5	27,8	18	100,0
	Total	90	63,4	52	36,6	142	100,0
Reside com o companheiro	Sim	78	64,5	43	35,5	121	100,0
	Não	12	57,1	9	42,9	21	100,0
	Viúva	-	-	-	-	142	100,0
	Total	90	63,4	52	36,6	142	100,0
Trabalho extralar	trabalha e tem licença	33	67,3	16	32,7	49	100,0
	trabalha e não tem licença	11	61,1	7	38,9	18	100,0
	não trabalha	46	61,3	29	38,7	75	100,0
	Total	90	63,4	52	36,6	142	100,0
Renda familiar (em salários mínimos)	até 1	6	60,0	4	40,0	10	100,0
	mais de 1 a 3	47	61,0	30	39,0	77	100,0
	mais de 3 a 7	26	70,3	11	29,7	37	100,0
	mais de 7	11	64,7	6	35,3	17	100,0
	Total	90	63,8	51	36,2	141	100,0

*p> 0,05 para todas as variáveis

No que diz respeito à necessidade de boas condições de vida – ter boa saúde mental e os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres não houve significância estatística para nenhuma variável estudada.

As mulheres adolescentes não apresentaram diferença percentual entre as que se percebem ter experiência considerada como boa saúde

mental ou não. Não ocorrem o mesmo com as mulheres não adolescentes que, em sua maioria, 84 (64,6%) expressaram situações de estresse, fadiga e sentimento de tristeza, caracterizando aqui a carência de boa saúde mental.

No que diz respeito à idade da criança, é interessante notar que tende a um equilíbrio da situação com o avanço da idade da criança. Visto que para as mulheres com filhos acima de 120 dias, os percentuais encontrados foram próximos, 19 (51,4%) e 18 (48,6%), para as que relataram não ter boa saúde mental e às que tiveram, respectivamente, o que denota que a adaptação da criança aos esquemas domésticos de sono e a diminuição gradativa de exigências maternas podem melhorar a percepção da mãe em sua qualidade de vida, o que está de acordo com os resultados do estudo de Aragaki (2008), quando investigou qualidade de vida e aleitamento materno.

Por outro lado, chama a atenção um dado que nos parece interessante, que se relaciona à situação das mulheres deste estudo quanto a residir com o companheiro ou não. Embora, nesse estudo, o fato de residir com o pai da criança tenha sido até o momento um fator positivo em alguns itens estudados, a maioria das mulheres que expressam não ter tido boa saúde mental no processo de amamentação, foi as que residiam com o companheiro 78 (64,5%) das 121 (100,0%) nessa situação marital.

As mulheres que trabalham com direito à licença-maternidade, contrariam de alguma forma um pensamento corrente, de que teriam melhor condição de enfrentar a maior parte do período de amamentação, pois entre estas, também, a maioria, 33 (67,3%), identificou em suas falas expressões-chave relativas à “não teve boa saúde mental”.

A renda familiar também mostrou não ser, necessariamente, para essas mulheres um fator importante que denuncie a relação de carência de recursos e prejuízos de saúde mental. As maiores frequências de ideias centrais relativas a não ter boa saúde mental foram apresentadas pelas mulheres com mais de três a sete salários mínimos 26 (70,3%).

Tabela 21- Necessidade de boas condições de vida – ter boa saúde mental, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	Ter boa saúde mental				Total	
		Não teve boa saúde mental		Teve boa saúde mental		N	%
		N	%	N	%		
Local do pré-natal	Serviço público	71	62,3	43	37,7	114	100,0
	Serviço privado	4	80,0	1	20,0	5	100,0
	Médico de convênio	15	65,2	8	34,8	23	100,0
	Total	90	63,4	52	36,6	142	100,0
Paridade	Primípara	48	70,6	20	29,4	68	100,0
	Não primípara	42	56,8	32	43,2	74	100,0
	Total	90	63,4	52	36,6	142	100,0
Local do parto	Hospital particular	6	85,7	1	14,3	7	100,0
	Hospital convênio	15	68,2	7	31,8	22	100,0
	Hospital público	68	61,3	43	38,7	111	100,0
	Outro	1	50,0	1	50,0	2	100,0
	Total	90	63,4	52	36,6	142	100,0
Tipo de parto	Normal	34	54,8	28	45,2	62	100,0
	Cesárea	41	67,2	20	32,8	61	100,0
	Fórcipe	15	78,9	4	21,1	19	100,0
	Total	90	63,4	52	36,6	142	100,0
Criança prematura	Sim	8	80,0	2	20,0	10	100,0
	Não	82	62,1	50	37,9	132	100,0
	Total	90	63,4	52	36,6	142	100,0
Peso da criança ao nascer*	até 2.500g	8	72,7	3	27,3	11	100,0
	de 2.501g a 3.500g	55	56,7	42	43,3	97	100,0
	acima de 3.500g	27	79,4	7	20,6	34	100,0
	Total	90	63,4	52	36,6	142	100,0

* $\chi^2 = 6,04$ p = 0,049

Quanto às variáveis obstétricas, houve diferença significativa para a variável peso da criança ao nascer, em que as mulheres com crianças que nasceram com peso entre 2.501 a 3.500 gramas tiveram, proporcionalmente, menor frequência de problemas emocionais, quando comparadas com as mulheres cujas crianças nasceram com peso maior que 3.500 gramas ou menores que 2.500 gramas.

Desse modo, podemos inferir que crianças de menor peso, geralmente, exigem cuidados especiais, podendo gerar preocupações e ansiedade nas mães e que, muitas vezes, crianças nessa faixa de peso são também prematuras. Quanto às crianças de maior peso, o estresse pode ser

resultante do comportamento de choro do bebê que no relato das mães, empiricamente, é denominado como ‘mais forte’ ou que o bebê maior é ‘mais guloso’, inferência já apontada aqui com relação a outros aspectos cuja criança maior de 3.500 gramas aparece como fator relacionado a alguma dificuldade ou necessidade materna de maior frequência.

Apesar de não haver diferença estatística significativa, a frequência de mulheres cujas crianças nasceram prematuras e que tiveram problemas emocionais foi maior do que as mulheres cujas crianças não nasceram prematuras, o que reitera a ideia de que o nascimento prematuro, por não ter sido previsto e pelas exigências maiores de cuidados com a criança, pode desencadear sentimentos de ansiedade, preocupação ou estresse à mulher.

Hill et al. (2005), ao avaliarem o distresse psicológico por meio da percepção de estresse, dificuldades do sono e fadiga, avaliados pelas mulheres por meio de aplicação de escalas específicas, entre mães de prematuros e crianças nascidas de termo, encontraram que esses sintomas diminuem, após 6 semanas nas mães de termo, porém não, às mães de prematuros.

Tanto para a variável local do parto como local do pré-natal, observamos maior frequência entre as mulheres que utilizaram o serviço particular, e não ter boa saúde mental, resultado este sem significância estatística. Chama-nos a atenção que resultado semelhante foi encontrado neste estudo entre as mulheres que tiveram sono e repouso insatisfatórios, levando-nos a pensar que o padrão de sono influenciaria no estado emocional e psicológico dessas mães.

Quando tentamos compreender como se dá a relação entre a necessidade de boas condições de vida – ter boa saúde mental e a situação de aleitamento, não encontramos diferença estatisticamente significativa. Apesar de observarmos maior frequência, proporcionalmente, de mulheres em AM e D que referiram ter algum problema de ordem emocional, afetando sua saúde mental, compreendendo 23 (74,2%) e 6 (100%) da amostra, respectivamente (Tabela 22).

Tabela 22- Necessidade de boas condições de vida – ter boa saúde mental, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008

Situação de Aleitamento	Ter boa saúde mental				Total	
	Não teve boa saúde mental		Teve boa saúde mental		N	%
	N	%	N	%		
AME	52	60,5	34	39,5	86	100,0
AMP	9	47,4	10	52,6	19	100,0
AM	23	74,2	8	25,8	31	100,0
D	6	100,0	-	-	6	100,0
Total	90	63,4	52	36,6	142	100,0

$\chi^2 = 7,23$ p= 0,55

Manter a tranquilidade durante o período da amamentação é importante, pois estados de ansiedade, estresse ou mesmo estímulos dolorosos podem antagonizar o reflexo de ejeção do leite, por meio da liberação das catecolaminas. Dessa forma, o leite acumulado nos alvéolos não é ejetado, pois para isso, é necessário a contração das células mioepiteliais que envolvem as estruturas mamárias, que seriam promovidas pela ocitocina, para o leite fluir em direção aos ductos e ocorrer a ejeção (Mezzacappa e Mezzacappa Filho, 2000).

Segundo Aragaki, Silva e Santos (2006), os aspectos emocionais maternos configuram-se naqueles mais difíceis de serem identificados e abordados pela equipe de saúde junto à nutriz.

No estudo de Vitolo et al. (2007), foi observado que 35,7% das mães apresentaram sintomas de depressão, utilizando-se do Inventário para depressão de Beck, com ponto de corte maior ou igual a doze para a categorização de sintomas depressivos. Houve maior frequência de casos com sintomas de depressão em mulheres sem companheiro, provenientes de famílias não nucleares e maior frequência de AME aos 6 meses no grupo de mães sem sintomas depressivos, tornando-se necessário maior atenção à saúde mental das nutrizes e à sua estrutura familiar.

No estudo de Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005), em que foi utilizado a Edinburgh Post-natal Depression Scale, também foi observado que

quanto maior a percepção de suporte social do companheiro, menor a prevalência de depressão puerperal, porém o tipo de aleitamento não foi significativo. Como já exposto, não percebemos esta mesma situação neste estudo, o que nos indica a necessidade de aprofundar o assunto, uma vez também que não nos detivemos nos sintomas de depressão puerperal, mas na percepção de saúde mental das mulheres.

5.3.1.6 Ter boas condições para amamentar seu filho – boa produção de leite

Do total de 238 (100%) depoimentos analisados, 130 (54,6%) mulheres referiram-se ao elemento ter boa produção de leite, da experiência de amamentar, que compõe a necessidade de boas condições de vida – ter boas condições para amamentar seu filho.

Observamos que, dessas 130 (100%), mulheres, 46 (35,4%) interpretaram ter tido pouco volume de leite e 84 (64,6%) referiram ter boa produção láctea.

Segundo os discursos analisados, a mulher pode avaliar a produção de leite de diversas maneiras, como a resposta da criança durante e após as mamadas, tendo como parâmetro o choro e a manifestação de satisfação da criança, ou pela palpação da mama e expressão do leite, onde ela visualiza a quantidade de leite produzida. Ainda, pelo acompanhamento do peso da criança. Observamos que ela também considera e observa os sinais de descarga de ocitocina, como por exemplo, ‘vazar o leite’.

Apreendemos que para algumas mulheres, a avaliação e interpretação que ela fez de sua pouca produção de leite foi um dos fatores para a introdução de outro leite ou outro alimento na dieta da criança.

Eu gostei de amamentar ela, que pena que tinha pouco leite, não deu mais pra amamentar... Ela pegava normal, só que ela chorava bastante. Assim, ela queria mais e não tinha. Aí eu vi que tava

secando, assim. Porque aí eu espremia assim, e quanto mais eu colocava ela no peito, ela chorava! ...Aí eu comecei com 50 ml, do N. ... eu dei por conta própria... Eu dava peito e mamadeira, só que daí eu vi que secou de uma vez assim... aí eu desisti de dar o peito, aí agora secou de vez. Assim, não tinha leite assim, ela mamava, mamava, puxava, mas percebia assim, que ela chupava, mas não saía nada, assim já. (E 224)

Pela fala das mulheres, observamos com frequência que elas interpretam o comportamento de choro da criança como saciedade ou não da fome, podendo determinar a introdução de outro leite ou alimentação complementar nem sempre de maneira adequada, buscando com isso aplacar o choro e saciar a fome da criança.

... eu não queria ter que ter feito isso não... Só que daí, como eu tinha pouco leite, aí não tinha outra alternativa. Ou eu fazia isso, ou então acho que ele passava fome! Porque eu tinha muito pouco leite! ...eu via que tava começando a mamar e tava começando a chorar, tava ficando mais leve... O peso, pra mim, o peso dele tava diminuindo! Eu pegava ele assim, achava ele mais leve! ...Ele não passava no pediatra ainda. Aí não tinha como pesar ele. Aí eu sei que eu achei, só de pegar nele você sente o peso da criança. Aí, eu resolvi e introduzi outro leite pra ele. (E 041)

Segundo o modelo “Pesando riscos e benefícios” de Silva (1997), a mulher utiliza sua avaliação do leite que produz, e justifica o desmame quando considera o volume ou a qualidade insuficiente, priorizando a necessidade nutricional da criança, tomando como referência a avaliação de sua saciedade, interpretando o choro como fome, e a perda de peso ou ganho aquém do esperado, considerados por ela como indicadores de que a criança não está sendo alimentada adequadamente. No seu entender, a introdução do leite heterólogo justifica-se para suprir melhor a necessidade nutricional do filho, complementando uma quantidade de leite que não satisfaz a criança, e levando ao desmame, seja pela diminuição cada vez maior do volume de leite produzido em razão da sucção e estímulo menos frequente da mama ou o fato da criança preferir a mamadeira, rejeitando o peito.

Na avaliação do choro da criança, o papel do profissional de saúde na orientação e incentivo da mulher quanto a continuar amamentando e

acreditando na produção e qualidade do leite que ela produz é importante para promover a confiança materna na amamentação.

... um dia, eu fiquei com dúvida porque com um mês ela já mamava mai. Então eu estava com medo do meu leite não estar sendo suficiente para ela, mas não é. E eu estava pondo na cabeça que o leite não estava sendo suficiente para a menina e que eu precisava comprar leite para ela, mas não é, a médica disse:-Para de ser besta, quando a criança está dormindo, ela está se alimentando, se não tivesse, ela estaria chorando o tempo todo. Ela não chora, ela não é chorona, nem nada, ela mama, e dorme. (E 029)

Para algumas mulheres, observamos que a avaliação de pouca produção de leite foi somente nos primeiros dias após o parto, havendo melhora após a adoção de medidas para aumentar a produção, como o estímulo da sucção da criança ao seio materno e o aumento da ingestão de líquidos e boa alimentação ou, até mesmo, o uso de medicamentos. Tornou-se importante a postura e o apoio do profissional nesse aspecto, na orientação e incentivo da mulher.

... eu lembro que, no primeiro dia, ficou uns dois dias pra chegar leite no peito... depois que eu ganhei ele, ele ficou um dia todo com a noite sem chegar leite, sugando, depois no segundo dia foi que começou a chegar leite, ele sugando, começou a chegar leite, e agora tem leite pra... com sobra, né? Não deram leite pra ele, quando eu falava que ele tava chorando com fome, eles falavam "não, você pode deixar ele ficar sugando o peito até que o leite vem"... (na maternidade) como eu não tava tendo leite, eles dava... suco, dava água, bastante água mandava tomar, pra poder o leite chegar... me mandavam alimentar, só comer, eles levavam fruta, pra gente comer também. (E 240)

No começo, eu tinha bem pouco leite e é uma coisa que o pediatra demorou pra me falar, na verdade eu cheguei a ir em três pediatras diferentes por causa disso... porque eu dava mamar pra ele e dali a 15 minutos, ele queria mamar de novo e aí ele mamava e dormia... Aí depois... que conversando com o pediatra, ele falou " não, quanto mais você mama, mais vai ter leite... vai dar mamar, mais vai ter leite". Aí que eu percebi que realmente que quanto mais dá mamar, mas vai ter leite. Então, acho que isso apesar de eles terem me ensinado como amamentar na maternidade... mas devia ter falado que no começo, às vezes, não tem muito, mas insiste, porque eu acho que muitas mulheres desistem... (E 100)

... complemento com a mamadeira, porque eu sentia assim, sentia pouco leite, então, eu vinha até o posto, eles me deram remedinho, P., pra tomar ne? Então, a produção de leite melhorou bastante, alimentação, eles me falaram pra comer bastante, tomar

bastante líquido. Então, eu tive bastante orientação aqui, então, melhorou bastante meu leite. (E 118)

Segundo Aragaki, Silva e Santos (2006), o comportamento choroso da criança e o não ganho de peso podem estar relacionados à interpretação de insuficiente produção láctea, aumentando a ansiedade materna. É importante considerar a informação e a queixa que ela traz, colocando-se na situação de hipogalactia. Observam que, na prática cotidiana, em situações em que ocorre a referência materna de "pouco leite", é possível o profissional estabelecer algum tipo de intervenção eficaz, o mais precoce possível, restabelecendo uma produção adequada de leite ou a minimização da intranquilidade materna.

A hipogalactia é a razão mais frequente para a introdução de alimento suplementar e ao desmame. A incidência real é desconhecida, estando associada a causas biológicas e psicológicas, como o esvaziamento incompleto das mamas em razão de erro na técnica de amamentação, mamadas infrequentes, angústia, insegurança e estresse, dor ao amamentar que comprometem o reflexo de ejeção de leite, entre outras (Mezzacappa e Mezzacappa Filho, 2000; Neifert, 2004).

A orientação quanto à técnica de amamentação, mamadas frequentes, suporte psicológico constituem a base da terapêutica. O tratamento medicamentoso ainda não é bem comprovado e baseia-se no uso de drogas que antagonizam o fator inibidor de prolactina, como a metoclopramida e uso da ocitocina (Mezzacappa e Mezzacappa Filho, 2000).

Vasconcellos (2002) cita também, a importância de desenvolver a confiança materna, aceitando os sentimentos que ela tem sobre a criança e a amamentação, elogiando aspectos positivos, dando ajuda prática, orientando a técnica de amamentação, dando informações relevantes, como a fisiologia da lactação, corrigindo conceitos errôneos que ela possa ter e sugerindo modificações de maneira não crítica. Sugere como medidas práticas para aumentar a produção láctea estimular o descanso materno, aumentar a ingestão de alimentos e líquidos, se estiverem insuficientes, monitorar o peso da criança, suplementar com leite industrializado, se

necessário, devendo ser ofertado em copinho para não haver confusão de bicos, até a melhora da produção láctea. Menciona também os lactagogos, alimentos especiais, líquidos ou ervas que algumas pessoas acreditam aumentar a produção de leite que podem ajudar psicologicamente, aumentando a confiança e relaxando a nutriz.

Tabela 23- Necessidade de boas condições de vida - Necessidade de boas condições para amamentar seu filho (ter boa produção de leite), segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	Ter boa produção de leite				Total	
		Não teve		Teve		N	%
		N	%	N	%		
Idade	Adolescente	4	50,0	4	50,0	8	100,0
	Não adolescente	42	34,4	80	65,6	122	100,0
	Total	46	35,4	84	64,6	130	100,0
Idade da criança*	até 30 dias	2	12,5	14	87,5	16	100,0
	de 31 a 120 dias	28	34,6	53	65,4	81	100,0
	de 121 a 180 dias	16	48,5	17	51,5	33	100,0
	Total	46	35,4	84	64,6	130	100,0
Escolaridade	de 1 a 4 anos	5	38,5	8	61,5	13	100,0
	de 5 a 8 anos	14	48,3	15	51,7	29	100,0
	de 9 a 11 anos	19	26,0	54	74,0	73	100,0
	mais de 11 anos	8	53,3	7	46,7	15	100,0
	Total	46	35,4	84	64,6	130	100,0
Reside com o companheiro	Sim	38	35,2	70	64,8	108	100,0
	Não	7	33,3	14	66,7	21	100,0
	Viúva	1	100,0	-	-	1	100,0
	Total	46	35,4	84	64,6	130	100,0
Trabalho extralar	Trabalha e tem licença	18	33,3	36	66,7	54	100,0
	Trabalha e não tem licença	4	40,0	6	60,0	10	100,0
	Não trabalha	24	36,4	42	63,6	66	100,0
	Total	46	35,4	84	64,6	130	100,0
Renda familiar (em salários mínimos)	até 1	6	60,0	4	40,0	10	100,0
	mais de 1 a 3	22	30,6	50	69,4	72	100,0
	mais de 3 a 7	13	39,4	20	60,6	33	100,0
	mais de 7	5	33,3	10	66,7	15	100,0
	Total	46	35,4	84	64,6	130	100,0

* $\chi^2 = 6,16$ p= 0,046

Como apresentado nos dados da Tabela 23, encontramos associação significativa para a variável idade da criança ($p=0,046$), na qual as mulheres cujas crianças tinham até 30 dias de vida, relataram, proporcionalmente, com maior frequência 14 (87,5%), ter tido boa produção de leite; e aquelas com filhos acima de 120 dias de idade apresentaram o maior percentual 16 (48,5%) de interpretação de pouco leite. O achado justifica-se ao considerarmos os resultados anteriormente apresentados de que a frequência de mulheres em AME decresce à medida que a criança cresce e a oferta de outros alimentos na dieta da criança também esteve mais presente quando a mulher apresentava interpretação de pouco leite.

As adolescentes foram as que, proporcionalmente, referiram com maior frequência a interpretação de leite insuficiente 4 (50%), porém, sem significância estatística. Considerando que as adolescentes, proporcionalmente, tiveram a maior frequência de desmame, em relação às não adolescentes, como observado nos dados da Tabela 5, evidenciamos a importância da interpretação que elas fazem sobre o volume de leite produzido.

Conforme já descrito, o maior nível de escolaridade esteve associado à melhor renda familiar. No entanto, para este elemento, *ter boa produção de leite*, encontramos resultados dicotômicos, cuja maior frequência de relato de leite insuficiente, proporcionalmente, incidiu em mulheres com escolaridade maior de 11 anos, 8 (53,3%) e, também, naquelas com renda familiar de até um salário mínimo, 6 (60,0%). Estudos precisam ser realizados para esclarecer melhor estes resultados.

Tabela 24- Necessidade de boas condições de vida - Necessidade de boas condições para amamentar seu filho (ter boa produção de leite) , segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	Ter boa produção de leite				Total	
		Não teve N	%	Teve N	%	N	%
Local do pré-natal	Serviço público	36	34,3	69	65,7	105	100,0
	Serviço privado	-	-	3	100,0	3	100,0
	Médico de convênio	10	45,5	12	54,5	22	100,0
	Total	46	35,4	84	64,6	130	100,0
Paridade	Primípara	25	39,1	39	60,9	64	100,0
	Não primípara	21	31,8	45	68,2	66	100,0
	Total	46	35,4	84	64,6	130	100,0
Local do parto	Hospital particular	1	25,0	3	75,0	4	100,0
	Hospital convênio	12	54,5	10	45,5	22	100,0
	Hospital público	32	31,4	70	68,6	102	100,0
	Outro	1	50,0	1	50,0	2	100,0
	Total	46	35,4	84	64,6	130	100,0
Tipo de parto*	Normal	13	22,0	46	78,0	59	100,0
	Cesárea	27	50,9	26	49,1	53	100,0
	Fórcipe	6	33,3	12	66,7	18	100,0
	Total	46	35,4	84	64,6	130	100,0
Criança prematura**	Sim	7	63,6	4	36,4	11	100,0
	Não	39	32,8	80	67,2	119	100,0
	Total	46	35,4	84	64,6	130	100,0
Peso da criança ao nascer***	até 2.500g	8	80,0	2	20,0	10	100,0
	de 2.501g a 3.500g	24	28,9	59	71,1	83	100,0
	acima de 3.500g	14	37,8	23	62,2	37	100,0
	Total	46	35,4	84	64,6	130	100,0

* $\chi^2 = 10,24$

p= 0,006

** $\chi^2 = 3,98$

p= 0,05

*** $\chi^2 = 10,32$

p= 0,006

Com relação ao estudo da necessidade de boas condições de vida - necessidade de boas condições para amamentar seu filho (ter boa produção de leite) e o perfil obstétrico das mulheres, verificamos significância estatística para as variáveis tipo de parto (p= 0,006), prematuridade da criança (p= 0,05) e peso da criança ao nascer (p= 0,006).

As mulheres com parto normal relataram, proporcionalmente, com maior frequência 46 (78,0%) ter boa produção de leite, em relação àquelas

com parto cesárea 26 (49,1%). Segundo Vasconcellos (2002), a hipogalactia de causa anatômica ou fisiológica é rara, estando a queixa de pouco leite mais relacionada à insegurança materna, técnica inadequada de amamentação, fatores sociais, culturais, psicológicos, falta de apoio e incentivo. Nesse ponto de vista, a mulher submetida ao parto cesárea pode ter apresentado maior dificuldade inicial para amamentar, comprometendo o estímulo para a produção láctea.

Quanto à prematuridade, observamos que as mulheres que relataram ter tido filhos prematuros, tiveram proporcionalmente maior frequência, 7 (63,6%), de relato de não ter tido produção láctea em quantidade suficiente, em relação às que não tiveram filhos prematuros 39 (32,8%). Podemos compreender esse resultado pelo fato de que crianças prematuras podem não ter condições de mamar logo após o nascimento e com isso, não estimular adequadamente a produção láctea de suas mães.

Em relação ao peso da criança ao nascer, observamos que mulheres com crianças com peso menor ou igual a 2.500 gramas tiveram proporcionalmente maior frequência de relato de não ter tido produção láctea, em relação às com filhos com peso ao nascimento maior que 2.500 gramas. Como comentado anteriormente, ao aprofundarmos a investigação, verificamos que as duas variáveis estão relacionadas, com associação significativa ($\chi^2 = 34,28$ e $p < 0,001$), onde 9 (52,9%) dos prematuros tinham peso de nascimento menor ou igual a 2.500 gramas e, das crianças não prematuras, 151 (95,6%) tinham peso entre 2.501 a 3.500 gramas e 63 (100%) acima de 3.500 gramas.

Tabela 25 - Necessidade de boas condições de vida - Necessidade de boas condições para amamentar seu filho (ter boa produção de leite), segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008

Situação de Aleitamento	Necessidade de boa produção láctea				Total	
	Não teve		Teve		N	%
	N	%	N	%		
AME	6	8,3	66	91,7	72	100,0
AMP	11	50,0	11	50,0	22	100,0
AM	17	70,8	7	29,2	24	100,0
D	12	100,0	-	-	12	100,0
Total	46	35,4	84	64,6	130	100,0

$\chi^2 = 60,20$ $p < 0,001$

Verificamos significância estatística entre a necessidade de boas condições para amamentar seu filho – ter boa produção de leite e a situação de aleitamento ($p < 0,001$). Mulheres que praticavam o AME, tiveram maior frequência de relato de boa produção de leite, e as mulheres que praticavam AM ou tinham desmamado seus filhos, relataram com maior frequência não ter tido boa produção de leite. O resultado, assim como os demais estão também demonstrados pelas ideias centrais apresentadas previamente que evidenciam a importância da avaliação e interpretação da mulher sobre a quantidade de leite produzida para determinar os rumos do aleitamento materno.

Borges e Philippi (2003), ao investigarem a opinião de mulheres sobre a quantidade de leite produzido, encontraram que 82,9% delas consideraram seu leite em quantidade suficiente, e as que avaliaram seu leite como em quantidade insuficiente, foram as que introduziram leite artificial na dieta da criança mais precocemente, antes dos 30 dias de vida. Os critérios utilizados por essas mulheres, como parâmetros de avaliação da produção láctea, foram a observação da quantidade de leite drenado, o volume das mamas e o estado da criança, após as mamadas (sono e choro), indo de encontro aos resultados encontrados em nosso estudo.

Segundo Vasconcellos (2002), é importante que o profissional de saúde esteja preparado para responder a todos os questionamentos da nutriz e dos familiares, observe dificuldades durante todo o processo da

amamentação e diminua a insegurança materna quanto à avaliação do choro de seu filho, que pode ser por outras causas e não só por fome.

5.3.1.7- Ter boas condições para amamentar seu filho - apoio instrumental e/ou afetivo da família

Com relação à necessidade de ter boas condições para amamentar seu filho – ter apoio instrumental e/ou afetivo da família, das 238 (100%) mulheres entrevistadas, 194 (81,5%) expressaram a necessidade de ter boas condições para amamentar, focalizando a necessidade de apoio instrumental e/ou afetivo da família.

Destas 194 (100,0%) mulheres, 153 (78,9%) verbalizaram ter tido apoio da família, de alguma maneira, enquanto 41 (21,1%) disseram não ter tido apoio durante o período da amamentação.

Ainda, dentro do grupo de necessidades de boas condições de vida, pelos discursos das mulheres, percebemos a importância da ajuda da família nos cuidados com a criança ou nos serviços da casa, caracterizando a necessidade do apoio instrumental, sobretudo no período logo após o parto, que é de adaptação ao novo membro da família e mudanças nas rotinas domésticas, quando a mulher precisa assumir o papel materno, de nutriz e reassumir as atividades do lar.

... minha mãe passou uma semana aqui pra me ajudar. Meu marido também (...) me ajudou muito dentro de casa como sempre fez. À noite ele ficava com a nenê pra fazer ela dormir, eu não precisava ficar em pé nem nada, sentia algumas dores. Aí ele vinha e trazia ela pra eu amamentar. Eu sentava na cama e amamentava ela ... minha mãe passou essa semana comigo, que foi a pior semana pra mim né? De adaptação, né? Aí depois melhorou bem, aí eu creio que me saí bem né? Como mãe, pra cuidar dela, tudo... (E 012)

Quando você não tem ninguém que te ajuda, você vai ficar pensando nas coisas que você tem que fazer e aí, então, você acha melhor dar mamadeira que não gasta muito tempo... Eu tive muita ajuda, por isso que eu tive tempo. Agora você pensa, eu tenho um filho de dois anos com um outro bebê desse... se eu não tivesse quem me ajudar, eu não ia dar mamar pra ele, porque eu não ia ter tempo e é muita correria, mas, do contrário, não... Foi ótimo... eu tive muito apoio. (E 072)

A falta de apoio instrumental para a mulher nos cuidados com a casa e com os outros filhos pode causar uma sobrecarga de atividades à mulher, podendo influenciá-la para o abandono do aleitamento materno exclusivo.

... primeira semana é horrível né? Porque bebê chora muito então é muito cansativo, é cansativo mesmo... porque não tenho ninguém pra me ajudar. Meu marido, às vezes, fica de folga, então é esse dia que eu tô fazendo a faxina. Então, às vezes, eu paro um pouco e dou o peito. Aí eu vou e entro com a mamadeira porque senão ele começa a chorar, assim que eu tô fazendo... Eu tenho outro menino e não tô podendo dá atenção pra ele, por causa do bebê, por causa da casa, porque meu marido sai cedo e chega tarde... Meu marido não ta em casa, na hora que eu preciso. (E 126)

Segundo Brito e Oliveira (2006), observamos que os pais estão assumindo papel mais ativo no cuidado e criação de seus filhos, porém o cuidado direto ainda se dá de forma limitada, cabendo a ele prover condições para a mulher amamentar, como boa alimentação e proporcionar períodos maiores de descanso à companheira. Os pais, também, relataram sua participação nas mudanças das rotinas diárias, como estar mais tempo presente em casa para auxiliar nos cuidados domésticos ou com a criança, inclusive à noite, diminuindo suas horas de sono.

Para essas mulheres, além do apoio instrumental, toma significado importante o incentivo da família e o apoio afetivo, que é apontado por elas como uma das razões de estímulo para manter a amamentação.

... eu tive ajuda da minha irmã, da minha mãe e do meu marido. Eu, pra mim, o apoio da família é essencial. Todos me apóiam referente tanto na parte com meu nenê como na vida profissional, também, como na minha vida particular. Então, sempre me incentivando: "olha continua amamentando", "continua fazendo isso". (E 092)

A minha mãe sempre me influenciou a amamentar né? Então mesmo antes dela (a bebê) nascer, ela falava pra mim como era importante o leite materno, como era importante a criança mamar... O meu marido também sempre fala pra mim, mesmo quando chegou em casa, eu com tanta dor, sofrendo tanto, e ele sempre comigo do meu lado, "não, vamo lá neguinha, força!" (E 138)

Dessa forma, a ausência de um apoio afetivo familiar pode determinar o abandono do aleitamento materno exclusivo, evidenciando a influência familiar nas decisões maternas relacionadas ao rumo da amamentação.

A avó (paterna) dela... falava pra dar o leite, que era melhor, pra ver se ela se acalmava, que não tinha nenhum problema, que ela dava pros filho dela... não foi nem tanto eu, foi mais ela assim. (ela falava que o meu leite) Que era fraco!... Aí eu peguei e acabei dando... ela ficava chorando o tempo inteiro ... (E 224)

A influência das avós na prática do aleitamento materno foi objeto de estudo de Susin, Giugliani e Kummer (2005), em Porto Alegre, onde encontraram associação significativa entre interrupção do AME no primeiro mês de vida da criança e avós que aconselhavam uso de água, chá ou outro leite. A interrupção do AM aos 6 meses de vida, também, esteve associada aos avós que aconselhavam o uso de outro leite, mostrando a influência negativa que elas podem ter no processo de amamentação, evidenciando a importância da inclusão desses familiares em programas de promoção ao aleitamento materno.

Observamos que, no discurso das mulheres deste estudo, elas reconhecem a importância e valorizam muito o apoio da família para o sucesso da amamentação, sobretudo aquelas que referem não ter vivenciado esse apoio.

... ela precisa de apoio do marido, primeiro de tudo tem que ter apoio dele né? Se tiver apoio da família, é melhor ainda, ela consegue amamentar, que tem mulher que não tem mesmo, né? Já acaba ficando estressada, desconta na criança, ela não quer amamentar, já introduz leite, farinha de trigo, sei lá o que que eles dão pro nenê, já pra ficar com o estômago cheio mais horas... As mães que não amamentam, eu acho que é por falta também de apoio, não tem apoio, né? Ou tem filhos demais, né, 4 ou 5 filhos, tem um atrás do outro, também, já fica difícil pra amamentar. (E 022)

A mulher sugere, também, a necessidade do profissional de saúde conversar com os demais membros da família, como forma de incentivá-los a participar mais no processo de amamentação.

... se estiver passando por alguma dificuldade, a gente tem mais que encaminhar para os lugares onde possa conseguir as coisas e conversar com a família também. A família está no pé, está ajudando é mais fácil e tudo que é importante para o filho dela, que o leite materno é mais saudável... porque, a pessoa tendo um apoio, um suporte da família é até mais fácil. (E 072)

Tabela 26- Necessidade de boas condições de vida – Necessidade de boas condições para amamentar seu filho (apoio instrumental e/ou afetivo da família), segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis*	Categorias	Apoio instrumental e/ou afetivo da família				Total	
		Não teve apoio		Teve apoio		N	%
		N	%	N	%		
Idade	Adolescente	2	9,5	19	90,5	21	100,0
	Não adolescente	39	22,5	134	77,5	173	100,0
	Total	41	21,1	153	78,9	194	100,0
Idade da criança	até 30 dias	6	20,0	24	80,0	30	100,0
	de 31 a 120 dias	26	23,2	86	76,8	112	100,0
	de 121 a 180 dias	9	17,3	43	82,7	52	100,0
	Total	41	21,1	153	78,9	194	100,0
Escolaridade	de 1 a 4 anos	5	29,4	12	70,6	17	100,0
	de 5 a 8 anos	11	22,4	38	77,6	49	100,0
	de 9 a 11 anos	20	19,4	83	80,6	103	100,0
	mais de 11 anos	5	20,0	20	80,0	25	100,0
	Total	41	21,1	153	78,9	194	100,0
Reside com o companheiro	Sim	30	18,6	131	81,4	161	100,0
	Não	11	34,4	21	65,6	32	100,0
	Viúva	-	-	1	100,0	1	100,0
	Total	41	21,1	153	78,9	194	100,0
Trabalho extralar	Trabalha e tem licença	10	13,7	63	86,3	73	100,0
	Trabalha e não tem licença	8	32,0	17	68,0	25	100,0
	Não trabalha	23	24,0	73	76,0	96	100,0
	Total	41	21,1	153	78,9	194	100,0
Renda familiar (em salários mínimos)	até 1	1	10,0	9	90,0	10	100,0
	mais de 1 a 3	24	21,4	88	78,6	112	100,0
	mais de 3 a 7	12	26,7	33	73,3	45	100,0
	mais de 7	4	16,7	20	83,3	24	100,0
	Total	41	21,5	150	78,5	191	100,0

*p> 0,05 para todas as variáveis

Também quanto à necessidade de boas condições de vida – ter boas condições para amamentar seu filho (apoio instrumental e/ou afetivo da família), investigamos a relação com os perfis socioeconômicos e

demográficos das mulheres, não havendo significância estatística para nenhuma variável.

No entanto, tivemos uma frequência maior, proporcionalmente, de mulheres adolescentes que citaram apoio da família do que mães não adolescentes. Considerando que, na totalidade, tivemos 25 (100%) adolescentes participando do estudo e que 19 (76,0%) delas expressaram ter recebido apoio, podemos apreender que a maioria das adolescentes do estudo teve um bom suporte familiar (Tabela 26). O resultado ratifica nossas análises anteriores, nas quais supusemos que as adolescentes, provavelmente, teriam um suporte familiar maior em relação às não adolescentes.

Para a variável escolaridade, encontramos maior frequência de referência de não ter apoio familiar nas mulheres com 1 a 4 anos de estudo, porém isso não ocorreu com a variável renda familiar. Como discutimos anteriormente, há uma associação significativa entre essas duas variáveis, porém os resultados não o expressaram. Maiores estudos são necessários, abrangendo a totalidade da amostra.

Apesar de não compreender a totalidade da amostra, o fato de encontrarmos mulheres que não residiam com o companheiro, foram as que relataram, proporcionalmente, menor apoio, levam-nos a inferir que o apoio e presença do companheiro assume grande importância no conjunto de suportes que a mulher pode ter para amamentar, como afirmado pelos resultados de Müller (2008), que a presença do companheiro é fundamental para a percepção de uma estrutura emocional à mulher/nutriz, mesmo que tenha o apoio de outros membros da família.

Em relação ao trabalho extralugar, as mulheres trabalhadoras com direito à licença, foram as que verbalizaram ter maior apoio da família. Como observado, esse apoio é valorizado, sobretudo em época de retorno ao mercado de trabalho, no qual a mulher conta com a ajuda do familiar no cuidado com a criança.

Tabela 27 - Necessidade de boas condições de vida – Necessidade de boas condições para amamentar seu filho (apoio instrumental e/ou afetivo da família), segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis*	Categorias	Apoio instrumental e/ou afetivo da família				Total	
		Não teve apoio		Teve apoio		N	%
		N	%	N	%		
Local do pré-natal	Serviço público	34	21,7	123	78,3	157	100,0
	Serviço privado	1	16,7	5	83,3	6	100,0
	Médico de convênio	6	19,4	25	80,6	31	100,0
	Total	41	21,1	153	78,9	194	100,0
Paridade	Primípara	17	17,9	78	82,1	95	100,0
	Não primípara	24	24,2	75	75,8	99	100,0
	Total	41	21,1	153	78,9	194	100,0
Local do parto	Hospital particular	2	25,0	6	75,0	8	100,0
	Hospital convênio	5	17,2	24	82,8	29	100,0
	Hospital público	34	21,9	121	78,1	155	100,0
	Outro	-	-	2	100,0	2	100,0
	Total	41	21,1	153	78,9	194	100,0
Tipo de parto	Normal	22	23,7	71	76,3	93	100,0
	Cesárea	10	13,7	63	86,3	73	100,0
	Fórcipe	9	32,1	19	67,9	28	100,0
	Total	41	21,1	153	78,9	194	100,0
Criança prematura	Sim	6	42,9	8	57,1	14	100,0
	Não	35	19,4	145	80,6	180	100,0
	Total	41	21,1	153	78,9	194	100,0
Peso da criança ao nascer	até 2.500g	3	23,1	10	76,9	13	100,0
	de 2.501g a 3.500g	27	20,9	102	79,1	129	100,0
	acima de 3.500g	11	21,2	41	78,8	52	100,0
	Total	41	21,1	153	78,9	194	100,0

*p> 0,05 para todas as variáveis

Verificamos também que não houve significância estatística entre a necessidade de boas condições de vida – ter boas condições para amamenta seu filho (apoio instrumental e/ou afetivo da família) e as variáveis do perfil obstétrico das mulheres. Apesar disso, cabe destacar que houve maior frequência de mulheres que mencionaram ter apoio, nas categorias primiparidade e parto cesárea, situações em que, culturalmente, observamos em nossa prática diária no contato com as mães e famílias, torna a mulher mais fragilizada e necessitada de apoio familiar.

Com relação às mulheres cujos filhos nasceram prematuros, observamos que estas referiram, proporcionalmente, maior frequência de não ter apoio do familiar. Este último resultado contraria os dados do estudo de Aragaki (2008) que demonstrou maior percepção de apoio familiar quando a criança nasceu prematura.

Quanto à necessidade de boas condições de vida – ter boas condições para amamentar seu filho (apoio instrumental e/ou afetivo da família) e a situação de aleitamento, observamos, também, a não ocorrência de significância estatística para essa necessidade. No entanto, é importante ressaltar que a maioria das mulheres que já havia desmamado seus filhos, 8 (57,1%), referiram ter tido apoio familiar, porém as 6 (42,9%) entre as mães de crianças desmamadas representaram proporcionalmente, maioria entre as que expressaram ausência de apoio da família (Tabela 28).

Tabela 28- Necessidade de boas condições de vida – Necessidade de boas condições para amamentar seu filho (apoio instrumental e/ou afetivo da família), segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008

Situação de Aleitamento	Apoio instrumental e/ou afetivo da família				Total	
	Não teve apoio N	%	Teve apoio N	%	N	%
AME	22	18,6	96	81,4	118	100,0
AMP	7	28,0	18	72,0	25	100,0
AM	6	16,2	31	83,8	37	100,0
D	6	42,9	8	57,1	14	100,0
Total	41	21,1	153	78,9	194	100,0

$$\chi^2 = 5,64 \quad p = 0,13$$

Por outro lado, destacamos a alta frequência de mulheres em cuja fala foi identificada a ideia central que denota ter apoio, 96 (81,4%), e que estavam mantendo seus filhos em AME, sendo este o maior índice proporcional entre todos os tipos de aleitamento. Este resultado também reitera os dados qualitativos, sobre a importância da sustentação familiar para o processo de amamentar.

Conforme o modelo “Pesando riscos e benefícios” (Silva, 1997), a mulher sofre influências dos que a cercam em seu meio, podendo interferir nas avaliações que faz do processo de amamentação, em razão de sua vulnerabilidade às opiniões e conselhos das pessoas próximas, nesse período. Dessa forma, as pessoas, que observam as manifestações de comportamento da criança e a interação materna, podem tanto atuar de forma a reforçar a confiança da mulher em seu desempenho como nutriz, como também contribuir para um sentimento de insegurança. A mulher percebe e avalia essa interferência externa, que pode vir de forma verbal, por meio de conselhos ou orientações ou em atitudes, que ela pode ou não permitir, após a avaliação e o julgamento que faz dessas ações. Aceitar estas interferências depende da forma como a experiência de amamentar está sendo percebida pela nutriz, evidenciando a fragilidade do processo de amamentação.

5.3.1.8 Ter boas condições para amamentar seu filho – ambiente adequado em casa para amamentar

Outra expressão de necessidade importante das mulheres deste estudo foi com relação ao ambiente da casa onde reside a mulher, que pode tornar-se um obstáculo para o sucesso da amamentação, visto que o fato de não ter um ambiente adequado para amamentar interfere na capacidade de manter-se tranqüila para se dedicar àquele momento especial, que é o da amamentação.

Temos, então, que, para a necessidade de boas condições de vida – ter boas condições para amamentar seu filho (ambiente adequado em casa para amamentar), do total de 238 (100%) mulheres do estudo, encontramos esta necessidade expressa na fala de 139 delas, compreendendo 58,4% da amostra.

Observamos que das 139 (100%) mulheres que expressaram esta necessidade, 74 (53,2%) disseram ter ambiente adequado em casa para

amamentar e 65 (46,8%) relataram não ter esse ambiente. As características principais citadas pelas mulheres com relação ao ambiente foram ter um local tranquilo, sem poluição sonora, com o mínimo de interferência externa e higiênico.

... o barulho, às vezes atrapalha, né? Porque criança precisa de silêncio né? Igual aqui elas falaram assim, quando eu fosse dar peito pra ele, eu escolhesse um lugar bem calmo, silêncio, você entendeu? E, às vezes, é barulho demais, o pessoal quer ouvir som um mais alto que o outro, então, como as casas é tudo pertinho, então, às vezes, atrapalha, eu acho. (E 054)

Eu acho que é mais o ambiente, não sei. Acho que ela tem que ser mais assim... mãe e bebê, sabe, assim? Tem que ter a hora do bebê, ir pro quarto, não sei, um lugar mais reservado, esse tipo de coisa, que, às vezes falta, um pouco mais de privacidade mesmo. Porque, às vezes, o pessoal não dá atenção pra isso, aí dá mamar em qualquer lugar, sabe, assim, o bebê não mama direito. (E 234)

Quanto aos perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, e a expressão desse elemento da experiência de amamentar, que compõe a necessidade de boas condições de vida – ter boas condições para amamentar seu filho (ambiente adequado em casa para amamentar), encontramos significância estatística para as variáveis idade da criança ($p=0,013$), escolaridade ($p=0,021$) e renda familiar ($p<0,001$), como apresentado nos dados da Tabela 29.

Tabela 29- Necessidade de boas condições de vida – Necessidade de boas condições para amamentar seu filho (ambiente adequado em casa para amamentar), segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	Ambiente adequado em casa para amamentar				Total	
		Não teve ambiente adequado		Teve ambiente adequado		N	%
		N	%	N	%		
Idade	Adolescente	5	38,5	8	61,5	13	100,0
	Não adolescente	60	47,6	66	52,4	126	100,0
	Total	65	46,8	74	53,2	139	100,0
Idade da criança*	até 30 dias	12	63,2	7	36,8	19	100,0
	de 31 a 120 dias	43	51,8	40	48,2	83	100,0
	de 121 a 180 dias	10	27,0	27	73,0	37	100,0
	Total	65	46,8	74	53,2	139	100,0
Escolaridade**	de 1 a 4 anos	9	64,3	5	35,7	14	100,0
	de 5 a 8 anos	15	53,6	13	46,4	28	100,0
	de 9 a 11 anos	38	48,7	40	51,3	78	100,0
	mais de 11 anos	3	15,8	16	84,2	19	100,0
	Total	65	46,8	74	53,2	139	100,0
Reside com o companheiro	Sim	56	48,3	60	51,7	116	100,0
	Não	9	39,1	14	60,9	23	100,0
	Viúva	65	46,8	74	53,2	139	100,0
	Total	65	46,8	74	53,2	139	100,0
Trabalho extraluar	trabalha e tem licença	26	46,4	30	53,6	56	100,0
	trabalha e não tem licença	4	28,6	10	71,4	14	100,0
	não trabalha	35	50,7	34	49,3	69	100,0
	Total	65	46,8	74	53,2	139	100,0
Renda familiar***	até 1	4	44,4	5	55,6	9	100,0
	mais de 1 a 3	46	59,7	31	40,3	77	100,0
	mais de 3 a 7	13	38,2	21	61,8	34	100,0
	mais de 7	1	5,9	16	94,1	17	100,0
	Total	65	46,8	74	53,2	139	100,0

* $\chi^2 = 8,69$ p= 0,013

** $\chi^2 = 9,69$ p= 0,021

*** $\chi^2 = 18,96$ p< 0,001

Com relação à idade da criança, observamos que as mulheres com crianças maiores de 120 dias de vida citaram com maior frequência, proporcionalmente, ter ambiente adequado para amamentar. Isso evidenciaria que, com o tempo, a mulher consegue uma melhor organização do ambiente onde vive para a adaptação às necessidades da criança e seu modo de cuidar dela.

Quanto à escolaridade e renda familiar, observamos que as mulheres com mais anos de estudo e maior renda familiar foram as que, proporcionalmente, tiveram maiores frequências de relato de ter ambiente adequado para amamentar. Como discutido anteriormente, há associação entre estas duas variáveis, em que se observou que, quanto mais anos de estudo maior foi a renda familiar das mulheres, implicando condições melhores de moradia e, provavelmente, possibilidade de organizar o ambiente mais propício à prática de amamentar.

Tabela 30- Necessidade de boas condições de vida – Necessidade de boas condições para amamentar seu filho (ambiente adequado em casa para amamentar), segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	Ambiente adequado em casa para amamentar				Total	
		Não teve ambiente adequado		Teve ambiente adequado		N	%
		N	%	N	%		
Local do pré-natal	Serviço público	56	50,5	55	49,5	111	100,0
	Serviço privado	1	20,0	4	80,0	5	100,0
	Médico de convênio	8	34,8	15	65,2	23	100,0
	Total	65	46,8	74	53,2	139	100,0
Paridade	Primípara	27	42,9	36	57,1	63	100,0
	Não primípara	38	50,0	38	50,0	76	100,0
	Total	65	46,8	74	53,2	139	100,0
Local do parto*	Hospital particular	-	-	7	100,0	7	100,0
	Hospital convênio	7	31,8	15	68,2	22	100,0
	Hospital público	57	52,8	51	47,2	108	100,0
	Outro	1	50,0	1	50,0	2	100,0
	Total	65	46,8	74	53,2	139	100,0
Tipo de parto	Normal	32	47,1	36	52,9	68	100,0
	Cesárea	25	46,3	29	53,7	54	100,0
	Fórcipe	8	47,1	9	52,9	17	100,0
	Total	65	46,8	74	53,2	139	100,0
Criança prematura	Sim	2	22,2	7	77,8	9	100,0
	Não	63	48,5	67	51,5	130	100,0
	Total	65	46,8	74	53,2	139	100,0
Peso da criança ao nascer	até 2.500g	3	33,3	6	66,7	9	100,0
	de 2.501g a 3.500g	44	49,4	45	50,6	89	100,0
	acima de 3.500g	18	43,9	23	56,1	41	100,0
	Total	65	46,8	74	53,2	139	100,0

* $\chi^2 = 10,17$ p= 0,009

De acordo com os resultados expostos nos dados da Tabela 30, observamos quanto à necessidade de ter boas condições para amamentar seu filho – ter ambiente adequado em casa para amamentar e o perfil obstétrico das mulheres, houve significância estatística para a variável local do parto ($p= 0,009$), onde as mulheres que deram à luz em hospitais privados relataram, com maior frequência, proporcionalmente, terem ambiente adequado para amamentar, reforçando a ideia da associação entre poder aquisitivo e condições ambientais para amamentação.

Este resultado também é reiterado pela variável local do pré-natal, onde as mulheres que realizaram o pré-natal em serviços privados foram as que verbalizaram com maior frequência ter ambiente adequado em casa para amamentar.

Apesar de não ter significância estatística, atentamos para o fato de que a maioria das mulheres cujas crianças nasceram prematuras, revelou em suas falas terem um ambiente adequado em casa para amamentar, revelando que talvez a mãe e a família, preocupada com a fragilidade da criança, propiciem um melhor ambiente para ele.

Analisamos, também, a necessidade de ter ambiente adequado para amamentar em relação à situação de aleitamento, para o que não encontramos associação estatística significativa (Tabela 31).

Tabela 31- Necessidade de boas condições de vida – Necessidade de boas condições para amamentar seu filho (ambiente adequado em casa para amamentar), segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008

Situação de Aleitamento	Ambiente adequado em casa para amamentar				Total	
	Não teve ambiente adequado		Teve ambiente adequado		N	%
	N	%	N	%		
AME	45	50,0	45	50,0	90	100,0
AMP	9	40,9	13	59,1	22	100,0
AM	11	44,0	14	56,0	25	100,0
D	-	-	2	100,0	2	100,0
Total	65	46,8	74	53,2	139	100,0

$$\chi^2 = 2,15 \quad p = 0,59$$

Neste aspecto, o ambiente parece não exercer grande influência no tipo de aleitamento praticado. Para as mulheres com filhos em AME, não houve diferença percentual na expressão de ter ou não ambiente físico adequado para amamentar. Por outro lado, embora um número muito pequeno de mulheres, 2 (100%) das que haviam desmamado seus filhos não terem indicado o ambiente como dificultador para a amamentação.

5.3.2 Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida

Para a compreensão das tecnologias de saúde requeridas pelas mulheres deste estudo, foi utilizado o conceito de tecnologias duras, leve-duras e leves de Merhy et al (1997). Para os autores, a tecnologia dura seria centrada em equipamentos e instrumentos; a tecnologia leve-dura, o conhecimento técnico do profissional de saúde, aplicado no cuidado ao usuário, no nosso caso, à nutriz e a tecnologia leve, às relações entre os sujeitos, trabalhadores e usuários, que conformam uma certa tecnologia no modo de agir para a produção do cuidado.

Nesse grupo, identificamos que no processo de amamentação, a mulher tem necessidade de acesso às tecnologias disponíveis para lidar com as intercorrências inerentes a essa prática, em sua maioria, que se relaciona aos cuidados inerentes ao processo de amamentação com ela e com a criança e, especialmente, as tecnologias ligadas aos processos interacionais. Necessita, assim, de acesso às tecnologias oferecidas pelos serviços de saúde e pelos profissionais durante e após a alta hospitalar para seguimento da criança e minimização de dificuldades para a manutenção do aleitamento.

5.3.2.1 Lidar com as intercorrências da amamentação

Quanto à necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – lidar com as

intercorrências da amamentação, observamos que 230 (96,3%) citaram essa necessidade, entre as 238 (100,0%) mulheres do presente estudo.

Apreendemos dos discursos das 230 (100,0%) mulheres do estudo que abordaram o aspecto, que 131 (57,0%) relataram ter apresentado algum tipo de intercorrência de amamentação e 99 (43,0%) citaram que não apresentaram. As intercorrências da amamentação mencionadas pelas participantes deste estudo foram consideradas como aquelas referentes à ocorrência de mamilo não protruso, que dificultou o desempenho de amamentar, a lesão de mamilo, o ingurgitamento mamário e a mastite.

Observamos que, dependendo da maneira como a resolução de algum tipo de intercorrência, seja isolada ou associada, foi conduzida pelo profissional de saúde ou vivenciada pela mulher, tornou-se ou não um obstáculo para a manutenção da amamentação.

Tive ajuda das enfermeiras. Elas me ajudavam. Mostravam como é que ele tinha que pegar... que machucou bastante, porque ele tava pegando só o bico e aí elas me ajudaram mostrando como é que tinha que fazer... que ele não abria muito a boca. Aí elas me ajudavam, mostravam que tinha que pegar no queixinho, puxar pra baixo pra ele abrir bem a boca e pegar o peito todo... Quando eu tive alta, a médica mandou passar uma pomada e deixar o leite mesmo secar no sol... (E 079)

Eu tô ótima agora, mas, no começo, foi ruim, não tinha bico, então atrapalhava mais... As médicas lá me deu uma seringa, falando pra mim fazer bico. Eu fazia em casa e tudo, aí ela foi puxando mais, foi puxando com mais força, porque quando é nenezinho não puxa com tanta força, né? Agora vai. Aí parece que foi fazendo mais bico, mais bico. Então não tá doendo, agora eu dou sem problema nenhum, e eu tô achando bom... (E 061)

... primeiro que eu não tinha bico. Aí eu sofri muito, nossa! Eu usei várias pomadas no seio, e eu sentia muita dor, cheguei até a usar uma concha de amamentação, ela é muito boa. E aí melhorou bastante, mas no começo era horrível, eu pensava dez vezes antes de amamentar, porque doía muito... tive ajuda das enfermeiras, que vieram né? Fazia bico, pedia pra mim tomar sol, deixar exposto o seio à noite, pra entrar uma ventilação... eu sentia dor, mas eu ficava aguentando. (E 088)

Segundo Neifert (2004), a ocorrência de mamilos não protráteis ou invertidos ocorre em, aproximadamente, 10% das mulheres e podem dificultar a apreensão e pega correta da criança ao seio materno e serem mais propensos ao aparecimento de lesões em região mamilo-areolar.

As tecnologias utilizadas pelas mulheres são referenciadas na literatura, como o uso de conchas para amamentação, que usadas sobre o mamilo e sob o sutiã promovem uma pressão suave e contínua ao redor da aréola, fazendo com que o mamilo se projete em direção ao orifício central da concha (Neifert, 2004); o uso do vácuo para exercícios de protrusão mamilar, como o uso de seringa de 20ml, adaptada, com o bico recortado e o posicionamento invertido do êmbolo, com boa aceitação entre as mulheres, porém que carece de estudos para confirmar essa indicação (Abrão e Pinelli, 2002), ou a realização de exercícios manuais nos mamilos (Martins Filho, 2000).

A dor mamilar provocada por algum tipo de lesão é relatada como um dos fatores para a desistência da amamentação e, geralmente, causada por pega incorreta da criança ao seio materno, pois não apreende a região areolar devidamente. O problema requer observação e correção da técnica de amamentação (Shimoda, 2001; Mass, 2004; Neifert, 2004).

Quanto à questão da lesão mamilar, existem controvérsias e carência de estudos clínicos controlados que embasem cientificamente o uso de determinada substância no tratamento dessa intercorrência, sendo citada em literatura a importância da orientação sobre a técnica de amamentação e ordenha mamária para a prevenção do ingurgitamento mamário, para melhora da lesão (Giugliani, 2003; Mass, 2004; Giugliani, 2004; Morland-Shultz e Hill, 2005). O banho de sol nas mamas é recomendado em literatura, com o objetivo de aumentar a resistência da região mamilo-areolar, porém sem evidência científica (Martins Filho, 2000; Abrão e Pinelli, 2002); outros não o recomendam (Giugliani, 2004).

As estratégias utilizadas pelas mulheres deste estudo para a resolução da intercorrência lesão mamilar foram diversas. Observamos que a busca pelo alívio da dor, causadora de sofrimento e desconforto nas mamadas, foi incessante e nem sempre ocasionou demanda para o serviço de saúde, uma vez que a busca de soluções também foi realizada entre seus familiares ou seus pares, até obter um resultado satisfatório à cura da lesão e alívio da dor.

Em relação ao ingurgitamento mamário, Neifert (2004) observa que as mulheres devem ser orientadas mesmo antes da alta hospitalar quanto a esta possível intercorrência que, geralmente, ocorre cerca de 3 dias após o parto, tornando a região areolar tensa e o mamilo menos protruso, dificultando a apreensão pela criança ao mamar. Recomenda-se ordenhar o leite da região areolar antes das mamadas, tornando-a mais flexível, não dificultando assim a pega da criança ao seio materno. A ordenha manual é recomendada para esvaziamento e redução da pressão e dor nas mamas e promoção da drenagem do leite (Giugliani, 2004; Mass, 2004; Neifert, 2004).

A mastite, outra intercorrência relatada pelas mulheres deste estudo, implicou demanda ao serviço de saúde, pois trata-se de processo inflamatório da mama que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana (Giugliani, 2004). Houve relato de necessidade de internação e interrupção temporária da amamentação para o tratamento dessa intercorrência.

Tabela 32- Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – lidar com as intercorrências da amamentação, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	Apresentaram intercorrências da amamentação				Total	
		Sim		Não			
Idade	Adolescente	17	70,8	7	29,2	24	100,0
	Não adolescente	114	55,3	92	44,7	206	100,0
	Total	131	57,0	99	43,0	230	100,0
Idade da criança*	até 30 dias	18	50,0	18	50,0	36	100,0
	de 31 a 120 dias	85	64,4	47	35,6	132	100,0
	de 121 a 180 dias	28	45,2	34	54,8	62	100,0
	Total	131	57,0	99	43,0	230	100,0
Escolaridade	de 1 a 4 anos	9	39,1	14	60,9	23	100,0
	de 5 a 8 anos	32	53,3	28	46,7	60	100,0
	de 9 a 11 anos	78	64,5	43	35,5	121	100,0
	mais de 11 anos	12	46,2	14	53,8	26	100,0
	Total	131	57,0	99	43,0	230	100,0
Reside com o companheiro	Sim	107	56,0	84	44,0	191	100,0
	Não	23	60,5	15	39,5	38	100,0
	Viúva	1	100,0	-	-	1	100,0
	Total	131	57,0	99	43,0	230	100,0
Trabalho extraluar	trabalha e tem licença	44	53,7	38	46,3	82	100,0
	trabalha e não tem licença	10	40,0	15	60,0	25	100,0
	não trabalha	77	62,6	46	37,4	123	100,0
	Total	131	57,0	99	43,0	230	100,0
Renda familiar (em salários mínimos)	até 1	7	43,8	9	56,3	16	100,0
	mais de 1 a 3	81	61,8	50	38,2	131	100,0
	mais de 3 a 7	29	55,8	23	44,2	52	100,0
	mais de 7	12	44,4	15	55,6	27	100,0
	Total	129	57,1	97	42,9	226	100,0

* $\chi^2=7,21$ p= 0,027

Os resultados dos dados da Tabela 32, referentes à associação entre essa necessidade e os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres revelam que a única variável com significância estatística foi a idade da criança (p=0,027). As mulheres com crianças, de 31 a 120 dias, e com crianças até 30 dias relataram, com maior frequência terem apresentado alguma intercorrência de amamentação, em relação às mulheres com crianças acima de 120 dias (45,2%). Atribuímos este resultado ao fato de, com o passar do tempo, a mulher acaba se esquecendo que apresentou

alguma dificuldade, pois como relatam Nakano e Mamede (1999), a expectativa do aleitamento ser um processo “natural”, acaba por ofuscar as intercorrências mamárias vivenciadas, sendo elas representadas pelas mulheres, como ocorrências normais ao processo de amamentação. Dessa forma, com o passar do tempo, acabaram tornando-se irrelevantes, como um fator de dificuldade para amamentar.

Apesar de não ter apresentado significância estatística, observamos que as mulheres adolescentes apresentaram, proporcionalmente, maior frequência de intercorrências na amamentação do que as não adolescentes. Considerando que a maioria 23 (92,0%) das adolescentes vivenciava o nascimento do primeiro filho, podemos atribuir esse resultado a sua in experiência de amamentar.

Tabela 33- Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – lidar com as intercorrências da amamentação, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	Apresentaram intercorrências da amamentação				Total	
		Sim		Não		N	%
		N	%	N	%		
Local do pré-natal	Serviço público	112	58,9	78	41,1	190	100,0
	Serviço privado	3	50,0	3	50,0	6	100,0
	Médico de convênio	16	47,1	18	52,9	34	100,0
	Total	131	57,0	99	43,0	230	100,0
Paridade*	Primípara	79	73,1	29	26,9	108	100,0
	Não primípara	52	42,6	70	57,4	122	100,0
	Total	131	57,0	99	43,0	230	100,0
Local do parto	Hospital particular	3	37,5	5	62,5	8	100,0
	Hospital convênio	16	50,0	16	50,0	32	100,0
	Hospital público	110	58,8	77	41,2	187	100,0
	Outro	2	66,7	1	33,3	3	100,0
	Total	131	57,0	99	43,0	230	100,0
Tipo de parto	Normal	58	51,8	54	48,2	112	100,0
	Cesárea	51	58,6	36	41,4	87	100,0
	Fórcipe	22	71,0	9	29,0	31	100,0
	Total	131	57,0	99	43,0	230	100,0
Criança prematura	Sim	7	46,7	8	53,3	15	100,0
	Não	124	57,7	91	42,3	215	100,0
	Total	131	57,0	99	43,0	230	100,0
Peso da criança ao nascer	Até 2.500g	9	60,0	6	40,0	15	100,0
	de 2.501g a 3.500g	87	56,5	67	43,5	154	100,0
	acima de 3.500g	35	57,4	26	42,6	61	100,0
	Total	131	57,0	99	43,0	230	100,0

* $\chi^2 = 21,77$ $p < 0,001$

Para a necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – lidar com as intercorrências da amamentação e o perfil obstétrico das mulheres, observamos a paridade como a única variável com significância estatística ($p < 0,001$). As mulheres primíparas relataram com maior frequência, proporcionalmente, que apresentaram alguma intercorrência na amamentação. Como comentado anteriormente, atribuímos esse resultado à inexperiência na prática de amamentar, levando a erros de pega da criança

ao seio materno, provocando lesões mamilares ou o ingurgitamento mamário.

Entre as mulheres que expressaram a necessidade de saber lidar com as intercorrências, a maioria delas também referiu ter sido acometida por algum tipo de problema do processo de amamentação, independente do tipo de parto. Mas, chama-nos a atenção, apesar de não ter significância estatística, que encontramos a frequência mais expressiva de ter tido alguma intercorrência mamária, entre as que foram submetidas ao parto fórceps 22 (71,0%). Talvez esse resultado tenha relação com o tipo de anestesia recebido pela gestante, como evidenciado no estudo de Shimoda (2001), que encontrou maior frequência de lesão mamilar em puérperas que haviam recebido anestesia peridural. São necessários maiores estudos sobre o efeito dos diferentes anestésicos no desempenho da sucção da criança, após o nascimento, pois a inadequação desta é apontada como a principal causa de lesão mamilar e ingurgitamento mamário (Shimoda, 2001).

O fato da maioria das mães de crianças prematuras 8 (53,3%) terem verbalizado que não tiveram intercorrências mamárias, resultado este inversamente proporcional em relação às mães de crianças não prematuras, leva-nos a supor que as crianças prematuras, além de terem o início da amamentação adiado graças aos fatores inerentes às suas condições, podem também ter solicitado com menos frequência o seio materno, uma vez que ao permanecerem internadas em uma unidade neonatal, não mamam em livre demanda. Ou ainda, receberam uma assistência do profissional mais individualizada e próxima, em razão das dificuldades relacionadas à imaturidade de sucção do bebê prematuro.

Tabela 34- Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – lidar com as intercorrências da amamentação, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008

Situação de Aleitamento	Apresentaram intercorrências da amamentação				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
AME	78	55,7	62	44,3	140	100,0
AMP	21	61,8	13	38,2	34	100,0
AM	21	53,8	18	46,2	39	100,0
D	11	64,7	6	35,3	17	100,0
Total	131	57,0	99	43,0	230	100,0

$\chi^2 = 0,98$ $p = 0,81$

Verificamos que não houve significância estatística entre necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – lidar com as intercorrências da amamentação e a situação de aleitamento, apesar de, em questão percentual, as mulheres que haviam desmamado os seus filhos terem relatado com maior frequência 11 (64,7%) que apresentaram alguma intercorrência. De um modo geral, para todos os tipos de aleitamento, a frequência de mulheres que apresentaram algum tipo de intercorrência é sempre maior, em relação às que não apresentaram.

De acordo com o modelo “Pesando riscos e benefícios” de Silva (1997), as intercorrências mamárias contribuem para a avaliação que a nutriz faz das suas condições para amamentar, interferindo no processo de amamentação, pois representam sentimento de sofrimento ou de prejuízo para a saúde e bem-estar maternos, ou até mesmo prejuízo para a criança, podendo levá-la a suspender a amamentação. Ao se deparar com essas intercorrências, a mulher também sente a necessidade de executar ações para aliviar os sintomas, e ter condições para continuar a amamentar, buscando ações curativas, às vezes entre as pessoas do seu entorno social, nem sempre se transformando em demandas para o serviço de saúde.

No estudo de Parada et al.(2005), passar por dificuldades no início do aleitamento associou-se a menores prevalências de aleitamento materno

exclusivo e aleitamento materno, reafirmando a necessidade de apoio às mães no período puerperal precoce .

5.3.2.2 Ter acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta

Segundo Unglert (1990), a acessibilidade ao serviço de saúde deve ser garantida ao usuário sob vários aspectos, tanto do ponto de vista geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; do econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; do cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e do ponto de vista funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

Travassos e Martins (2004) ao revisarem os conceitos de acesso, citam que é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, ligado à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento, isto é, no recebimento de cuidados subsequentes, prevalecendo a ideia de que acesso é uma dimensão do desempenho do sistema de saúde associada à oferta. Outros autores preferem o termo acessibilidade, caráter ou qualidade do que é acessível, uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, seja esta uma característica geral, seja restrita à acessibilidade geográfica.

Com relação à *necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta* foram identificadas expressões-chave relativas a essa necessidade nas falas das 238 (100,0%) participantes. Dessas, 29 (12,2%) expressaram alguma dificuldade de acesso e a grande maioria 209 (87,8%) referiu alguma facilidade de acesso para seguimento após a alta hospitalar.

O acesso aos serviços de saúde, para a nutriz, traduz-se em necessidade de ter alguma referência após a alta hospitalar, para seguimento da mulher e da criança, com relação às dificuldades da amamentação e seguimento do peso da criança, como um fator importante para avaliar o sucesso da amamentação.

... mas aí eu fui no hospital, conversei com os médicos de lá, daí eles me orientaram, como eu tinha que dar de mamar direitinho... Não cheguei a entrar com outro leite não. Eu até pensei em entrar com outro leite, mas não cheguei a entrar não. Antes eu fui procurar ajuda, eu fui lá no hospital, eu procurei ajuda, daí eles me ensinaram como que eu tinha que amamentar. Mesmo com toda a dor, eu amamentei ele. Eu tinha medo de dar outro leite e ele ficar doente. (E 043)

... toda semana eu ia, pra ver se ela ta pegando peso, e ela tava ganhando, tava aprendendo, e eu também, aí eu consegui aprender, mas... eu tive que pedir, eu tive que pedir porque... eu falei, eu quero dar o leite materno pra ela, mas como eu não sei e ninguém se esforça pra me ajudar, aí então falei, então eu vou pedir, aí eu pedi, e ela me ajudou durante umas três semanas. (E 180)

Porém, mesmo com o seguimento no serviço de saúde, observamos no relato das mães que, o não ganho de peso pode significar, para a mulher, que o leite materno não está suprimindo as necessidades da criança, levando-a a optar pela introdução de outro leite.

...a fono pediu pra dar na mamadeira, com bico ortodôntico e tudo, porque ela tava perdendo peso... Na alta, eles orientaram dar só o leite de peito pra ela, mais nada, mas como ela foi pra casa e ela começou a perder peso, aí a enfermagem pediu pra ir oferecendo o leite do peito na mamadeira. Mas mesmo assim, ela tava perdendo peso, daí eu dei por conta própria o N., continuei dando por conta própria. Ela começou a tomar mais vezes, ela começou a ganhar peso, ela começou a ficar mais espertinha, aí eu continuei... (E 239)

Este fato ilustra bem o modelo “Pesando riscos e benefícios” (Silva, 1997), onde a perda de peso ou o ganho aquém do esperado é considerado pela nutriz como um indicador de que a criança não está sendo alimentada adequadamente com o seu leite. Desta maneira, ela procura satisfazer as necessidades nutricionais da criança introduzindo o leite heterólogo, para

complementar uma quantidade de leite que não está sendo adequada para nutrir o seu filho.

A mulher também acha importante o seguimento com o profissional após a sua alta hospitalar, tendo os serviços de saúde como referência para esclarecimento de dúvidas e apoio instrumental na resolução das dificuldades da amamentação.

Então assim, eles acompanhar o dia a dia da criança, o dia a dia da mãe, como que ela amamenta, como que ela não amamenta, qual é o... Assim, quais são os cuidados que ela tem com o filho, explicar pra mãe que... muitas coisas, mamadeira, por exemplo, chupeta, não pode se dar... Eu, no meu caso, eu dei pra minha filha, que eu, nessa parte, eu não tive muita explicação, entendeu? Só vieram me explicar depois que eu já tinha dado a chupeta, a mamadeira... Então isso daí, tinha que... olha, a criança tinha que ser acompanhada, desde quando ela nasce, não depois de 1 mês ou 2, desde que ela nasceu, ela já devia começar a ser acompanhada. (E 228)

... eu tive dificuldades e tive assim, foi suprida as minhas dificuldades né? Me ajudaram bastante, porque na teoria é uma coisa, na prática é outra, então quando você começa a dar a amamentação, então você sente dificuldades mesmo e eu acabei recorrendo ao posto mesmo, ao hospital. Me deram até remédio e foi bom, foi bom assim, tive assistência... (E 118)

Para as crianças que precisaram ficar internadas, mesmo após a alta materna, as mulheres relatam necessidade de ter uma infraestrutura nos serviços de saúde, que permitam sua permanência naquele ambiente, para facilitar a continuidade da amamentação.

...eu nem fui embora, eu fiquei de alta e desci pro berçário. Fiquei lá, na cadeira, sentada do lado dela. Eu dormia no berçário, assim, eu ficava 3, 4 dias no berçário. Aí, no outro dia, eu ia embora porque eu precisava tomar banho, pelo menos descansar um pouco, as médicas mesmo recomendava... E assim foi, até ela ficar de alta. Nesses 18 dias que eu fiquei no hospital, eu fui pra casa 3 vezes, dormi 3 noites em casa, o resto foi tudo no hospital.... Porque eu também não podia ficar no hospital 24 horas, né? Tinha que ir pra casa, tomar banho e dormir um pouco, pra no outro dia tá bem, pra mim poder cuidar dela... (E 032)

As mulheres relatam também a necessidade de ter um serviço de saúde de referência para o atendimento de intercorrências com a criança, ou com ela própria, inclusive quando houver necessidade de reinternação.

... eu voltei, depois que ela tinha dois meses, eu fui no hospital porque ela estava tendo febre... E ela começou a vomitar, toda vez que mamava vomitava, aí eu falei: não é normal, ela vai começar a emagrecer e vai ter algum problema já que ela só mamava do peito. Aí fizeram os exames, ela tava com infecção de urina, aí teve que ser internada... (E 012)

Voltei (no retorno). Ela tava amarelinha, aí ela ficou internada quatro dias, aí ficaram quatro dias com ela, tomou banho de luz e depois ela ficou bem e a gente voltou pra casa de novo... Fiquei (com ela), os quatro dias, tava mamando no peito. Eu achei importante... Foi proporcionado isso pra gente né, então eu fiquei com ela assim, amamenteei direitinho, os cuidados que eu tinha que ter, foi tido com ela ali. (E 173)

No relato dessas mulheres, o acesso ao serviço de saúde deve ser facilitado, tanto na questão geográfica, de localização, quanto na questão burocrática, pois é importante ser sempre atendida quando procura pelo serviço.

Eu venho aqui ou no hospital. Que nem hoje, eu trouxe ela aqui porque eu não tenho tempo em outros horários, por causa das outras crianças. Aí eles não querem atender, então, eu tenho que correr para o hospital. Que nem no pré-natal, eu demorei para fazer o pré-natal, porque os horários deles não batia com os meus, disse que não tinha vaga e que não dava para encaixar. (E 082)

... é complicado no geral, a necessidade, que nem eu, gostaria de fazer um cartão aqui, tem que trazer um comprovante de residência... Existe uma burocracia, uma dificuldade, eu não consigo ir ali, no balcão, agora, se eu tiver toda a documentação e fazer o cartão, com essa criança ainda, como que eu vou e volto?...Minha disponibilidade pra sair com ela, se eu tiver que passar na consulta e ser examinada, eu preciso de outra pessoa, então essa pessoa ter que ter disponibilidade pra vir uma, duas, três, quantas vezes forem necessárias, não dá. (E 033)

Observamos no relato de algumas mulheres a importância de não só ela ter o acesso ao serviço de saúde em si, mas também do serviço de saúde vir até ela, na forma de visita domiciliar ou grupos de orientação na própria comunidade. Dessa forma, o profissional de saúde conhece a realidade em que ela vive com a criança, tornando mais concreta a possibilidade de avaliar as dificuldades encontradas na amamentação, da mesma forma que facilita o seu acesso às tecnologias e informações providas pelo profissional.

E eu pensava desse jeito, lá do posto mesmo podia vim uma mulher sempre me ajudando... Seria melhor, que eu ia aprender

mais também, ia me ajudar bastante, entende? Ia me aliviar um pouco, pensava desse jeito. Eu até comentei com meu marido, podia vim alguém, uma mulher lá do posto ou lá do hospital, vim pelo menos pra ver, pra me ajudar, pra ver como eu tô passando. Elas foram hoje, quando eu já tava saindo pra vim pra cá, elas chegaram, entende? E eu não sabia que elas ia, mas eu queria que elas fosse mais no começo, pra me ajudar, entendeu? (E 061)

Ou mesmo a importância da disponibilidade de um profissional de referência no serviço de saúde para problemas com a amamentação, de fácil acesso, para que as mulheres possam procurar a assistência de um profissional sempre que vivenciar algum problema para amamentar.

Eu acho que é importante de repente um tipo de programa em que a mãe que estiver com dificuldade, ela possa vir aqui no posto e falar: olha, eu não estou conseguindo e as meninas falarem: deixa eu ver como você está fazendo. Mostrar onde a pessoa está errando ou até ir na casa da mãe, ver o que a mãe está fazendo de errado... Então uma enfermeira pode ser muito importante, se ela der esse apoio pra mãe, pra que ela possa sentir que a amamentação é uma coisa prazerosa e não uma coisa que tem que ser um sacrifício pra ela. Ela não tem que sentir dor. Dar de mamar é uma delícia! Acho que dar um apoio ou um programa em que a mãe pudesse vir e ter alguém que orientasse: olha, você tem que fazer assim... Ou a enfermeira ir na casa da mãe e orientar como ela deve fazer, pra dar de mamar, como pegar o nenê, ensinar a técnica de amamentação mesmo. (E 186)

Apreendemos também a valorização que as mulheres do estudo atribuem à existência de uma pessoa de referência na comunidade onde mora, na figura do agente de saúde, por exemplo, que pode se transformar em um agente facilitador para o acesso aos serviços ou às informações e, também, ao contato dos profissionais de saúde com a comunidade, levando a informação, o conhecimento, até o seu público alvo.

...quando tenho alguma dúvida, tem um agente de saúde que vai na minha casa. Aí qualquer dúvida, eu passo pra ele, ele vem e passa aqui. Aí remarca consulta pra mim, às vezes, quando perco e tudo mais. Por isso que eu não troco por nenhum outro... Às vezes, a gente tem alguma dúvida e não tem com quem... porque assim, devido eu ter criança pequena, não é todo momento que dá pra mim sair com ela. Daí, o agente de saúde, vindo na minha casa, aquelas dúvidas que eu tenho, eu tento tirar com ele né? (E 216)

... uma coisa que eu gostei, que aqui no posto eles tem..., é um projeto assim, que eles vão até o bairro, né? E lança uma reunião,

convidando todas as gestantes, aquelas mães que tem seus bebês recente.... E ali tira todas as dúvidas, e lança perguntas, deixa você à vontade pra você dizer qual é a dúvida que você tem... Claro, que tem momentos que você fica né? Com vergonha de expor a sua necessidade, a sua dúvida, mas com o depoimento da sua colega, com o depoimento seu, ajuda sua colega a tirar alguma dúvida, então tudo isso vai enriquecendo né? Então eu acho que eles deveriam ampliar mais esse projeto... (E 211)

Identificamos também, nos depoimentos de algumas mulheres, expressões que denotam a importância de ter acesso a um bom serviço de saúde na região onde mora, para seu seguimento e da criança, propiciando a continuidade da assistência após o parto e acesso as tecnologias.

... tem o exame de rotina, depois que você ganha o nenê, dá um tempo, aí você faz exame de sangue, de urina, pra ver se não pegou nenhuma infecção, nem nada disso. E o posto aqui oferece tudo isso. Isso é importante, porque é uma consulta pós parto, né? Então, você tem que ver se ficou tudo bem com você... Se deixar passar muito tempo, relaxar com a saúde, você transmite tudo pro seu bebê que tá amamentando. Eu penso assim, tem que se cuidar. (E 013)

Eu acho que a minha região é legal. Eu acho que essa nossa região, aqui do Butantã, graças à USP, principalmente, eu acho que... Lógico que tem os seus problemas, enfim, mas eu acho que comparado a muitos outros bairros, aqui é muito bom... É um hospital enorme, com uma boa infra-estrutura. Então, pra nós, eu acho que é legal. (E 212)

Compreendemos pelos depoimentos das mulheres desse estudo, que ao citarem o elemento acesso aos serviços de saúde durante o processo de amamentação, elas verbalizaram o acesso geográfico, o econômico, com relação ao transporte coletivo e, o acesso funcional, que segundo Lima et al. (2007), envolve o acesso propriamente dito, aos tipos de serviços que a pessoa necessita, os horários previstos, e a qualidade do atendimento por parte dos profissionais.

Tabela 35- Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis*	Categorias	Acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta				Total	
		Teve dificuldade		Teve facilidade		N	%
		N	%	N	%		
Idade	Adolescente	3	12,0	22	88,0	25	100,0
	Não adolescente	26	12,2	187	87,8	213	100,0
	Total	29	12,2	209	87,8	238	100,0
Idade da criança	até 30 dias	3	8,3	33	91,7	36	100,0
	de 31 a 120 dias	18	13,3	117	86,7	135	100,0
	de 121 a 180 dias	8	11,9	59	88,1	67	100,0
	Total	29	12,2	209	87,8	238	100,0
Escolaridade	de 1 a 4 anos	4	16,7	20	83,3	24	100,0
	de 5 a 8 anos	9	14,8	52	85,2	61	100,0
	de 9 a 11 anos	14	11,1	112	88,9	126	100,0
	mais de 11 anos	2	7,4	25	92,6	27	100,0
	Total	29	12,2	209	87,8	238	100,0
Reside com o companheiro	Sim	22	11,2	174	88,8	196	100,0
	Não	7	17,1	34	82,9	41	100,0
	Viúva	-	-	1	100,0	1	100,0
	Total	29	12,2	209	87,8	238	100,0
Trabalho extralar	Trabalha e tem licença	9	10,6	76	89,4	85	100,0
	Trabalha e não tem licença	6	24,0	19	76,0	25	100,0
	Não trabalha	14	10,9	114	89,1	128	100,0
	Total	29	12,2	209	87,8	238	100,0
Renda familiar (em salários mínimos)	até 1	2	11,8	15	88,2	17	100,0
	mais de 1 a 3	16	11,7	121	88,3	137	100,0
	mais de 3 a 7	10	18,9	43	81,1	53	100,0
	mais de 7	1	3,7	26	96,3	27	100,0
	Total	29	12,2	209	87,8	238	100,0

*p> 0,05 para todas as variáveis

Observamos que em relação à *necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta* e os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, nenhuma variável apresentou significância estatística.

Se apontarmos alguns resultados, apenas do ponto de vista proporcional, vamos encontrar que as mulheres que citaram facilidade de acesso, de um modo geral, foram as com maior escolaridade e maior renda, reiterando a combinação entre as duas variáveis (Tabela 35).

As dificuldades de acesso relatadas pelas mulheres foram relacionadas, sobretudo à dificuldade de acesso geográfico, à demora no atendimento, à dificuldade para marcar consultas, à dificuldade em conciliar seus horários com os disponíveis para o atendimento, dentre outras.

Neste aspecto, o atendimento domiciliar para a nutriz foi relatado por Silva (2000) e Zorzi e Bonilha (2006), como uma estratégia bem sucedida, permitindo à mulher uma melhora do acesso ao atendimento ao serviço de saúde e permitindo ao profissional uma visão mais ampla do processo de amamentação, para além do aspecto biológico e melhor atendimento de suas necessidades. Outra estratégia apresentada em literatura é o Programa de Saúde da Família, que, na experiência dos profissionais, contribuiu para a melhora da assistência ao aleitamento materno e melhora no desempenho de aleitamento das mulheres atendidas pelo serviço (Parada et al. 2005), ocorrendo resultado semelhante na estratégia de proporcionar às mulheres acesso a centros de lactação, para seguimento do processo de amamentação (Barros et al.2002).

Tabela 36- Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008

		Acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta				Total	
Variáveis	Categorias	Teve dificuldade		Teve facilidade			
Local do pré-natal	Serviço público	25	12,7	172	87,3	197	100,0
	Serviço privado	1	16,7	5	83,3	6	100,0
	Médico de convênio	3	8,6	32	91,4	35	100,0
	Total	29	12,2	209	87,8	238	100,0
Paridade	Primípara	12	10,6	101	89,4	113	100,0
	Não primípara	17	13,6	108	86,4	125	100,0
	Total	29	12,2	209	87,8	238	100,0
Local do parto*	Hospital particular	4	44,4	5	55,6	9	100,0
	Hospital convênio	3	9,1	30	90,9	33	100,0
	Hospital público	21	10,9	172	89,1	193	100,0
	Outro	1	33,3	2	66,7	3	100,0
	Total	29	12,2	209	87,8	238	100,0
Tipo de parto	Normal	16	14,0	98	86,0	114	100,0
	Cesárea	10	10,9	82	89,1	92	100,0
	Fórcipe	3	9,4	29	90,6	32	100,0
	Total	29	12,2	209	87,8	238	100,0
Criança prematura	Sim	2	12,5	14	87,5	16	100,0
	Não	27	12,2	195	87,8	222	100,0
	Total	29	12,2	209	87,8	238	100,0
Peso da criança ao nascer	até 2.500g	2	11,8	15	88,2	17	100,0
	de 2.501g a 3.500g	20	12,7	138	87,3	158	100,0
	acima de 3.500g	7	11,1	56	88,9	63	100,0
	Total	29	12,2	209	87,8	238	100,0

* $\chi^2 = 8,83$ p= 0,024

Em relação à *necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta* e o perfil obstétrico das mulheres, encontramos significância estatística somente para a variável local do parto (p= 0,024), na qual, proporcionalmente, houve maior frequência de mulheres que deram à luz em hospitais particulares que relataram dificuldade de acesso ao serviço de saúde após a alta.

No entanto, observamos que, apesar de terem dado à luz em hospitais privados, essas mulheres faziam seguimento da criança na Unidade Básica de Saúde, e os principais motivos alegados como dificuldade de acesso foram: a demora para marcar consultas e a dificuldade em conciliar horários com a sua rotina diária.

Este fato pode ter sido inverso para as mulheres atendidas por convênios, tanto no período pré-natal, como no parto, que apresentaram o maior índice de expressões que denotam facilidade de acesso, 32 (91,4%) e 30 (90,9%) respectivamente. Pelas falas das mulheres, observamos que os serviços conveniados facilitam o acesso funcional, no que se refere à agilidade para marcar consultas e agilidade no atendimento, oferecendo também um acesso rápido na presença de alguma intercorrência.

Tabela 37- Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008

Situação de Aleitamento	Acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta				Total	
	Não teve acesso		Teve acesso		N	%
	N	%	N	%		
AME	15	10,6	127	89,4	142	100,0
AMP	5	13,5	32	86,5	37	100,0
AM	8	19,0	34	81,0	42	100,0
D	1	5,9	16	94,1	17	100,0
Total	29	12,2	209	87,8	238	100,0

$\chi^2 = 2,69$ p= 0,43

Ao analisarmos a *necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida – acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta* e a situação de aleitamento, observamos que não houve associação estatisticamente significativa. Como a grande maioria, 209 (87,8%) das mulheres referiu facilidade no acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta, podemos considerar que o acesso à assistência recebida não interferiu no desempenho de amamentação das mesmas. Embora mereça destaque que, entre o grupo de mães com crianças desmamadas, 16 (94,1%) expressaram a necessidade de acesso, mas não apresentaram indícios de dificuldade de atendimento.

5.3.3 Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde

Segundo Cecílio (1994), vínculo implica em desenvolver relações próximas que levam à sensibilização do profissional com o outro, em ter relação e integração com a comunidade, no seu território ou nos serviços de saúde e se tornar referência para o usuário. Para isso, é necessário o desenvolvimento das habilidades de comunicação e compreender a situação da mulher, buscando identificar e prover as suas reais necessidades.

Para a necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde, observamos que, do total de 238 (100%) participantes, 142 (59,7%) relataram sobre essa necessidade.

Dessas 142 (100,0%) mulheres, 132 (93,0%) citaram ter apresentado um bom vínculo com o profissional ou a equipe de saúde e 10 (7,0%) expressaram alguma dificuldade em estabelecer esse vínculo. As principais razões alegadas por elas para o não estabelecimento do vínculo foram: a falta de atenção no atendimento, a não escuta de suas queixas e o comportamento hostil por parte do profissional. Das 10 (100%) mulheres que alegaram essas dificuldades no atendimento, 5 (50%) referiram que, por esse motivo, decidiram por migrar para outro serviço, onde essa necessidade seria satisfeita.

Nas falas das mulheres deste estudo, encontramos expressões-chave que retratam a importância do vínculo estabelecido com os profissionais de saúde, tanto os da área hospitalar, como os da Unidade Básica de Saúde. As mulheres destacaram: o bom atendimento, a atenção dispensada a ela e ao seu filho, a compreensão e o carinho dispensados para a superação de dificuldades, a escuta atenta pelo profissional de saúde e o atendimento de suas necessidades.

Eles (os profissionais) foram um anjo pra mim, me ajudaram muito, muito mesmo... Sei lá, porque quando eu desci pro berçário, eu fiquei muito desesperada sabe? Eu não esperava isso dela, você vê todo mundo indo embora com o bebê no colo e você tem que ficar lá, com o seu, sabe? Você ter que ir embora, sem o seu filho, então, não dava pra mim. Aí eu chorei, e muito, aí eles

me ajudaram muito, me deram muito apoio, muito mesmo... O hospital, pra mim, foi uma segunda casa, sabe? E os funcionários, foram como meu pai e minha mãe, que não podiam tá ali naquele momento, eles foram pra mim... Então eles me ajudaram, me deram o maior apoio, maior dedicação, maior carinho mesmo. Me deram muita força de vontade. (E 032)

... quando eu vim passar aqui, eu fiquei tão feliz, porque não é todo posto de saúde que atende você desse jeito. Aqui as meninas foram super carinhosas comigo... Eu tava numa tristeza enorme quando eu vim pra cá... De repente, você vê o seu bebê perdendo peso, já chegaram a falar que ele tava passando fome, então eu vim arrasada. Mas depois que eu vim, que elas conversaram comigo, bastante, bastante mesmo, me ensinaram a dar o peito pra ele, as posições, e conversando coisas da minha vida também, me deixou... Então, eu saí daqui super pra cima, feliz, entendeu? E eu tinha certeza que, quando eu voltar aqui, eu ia tá melhor, e ele, também. (E 054)

Eu trouxe ele para tomar a primeira vacina, né? E acabei conversando com a enfermeira, e ela me ajudou, e a gente foi conversando muito... Aí eu fui me acalmando, relaxando, e o leite desceu... Isso foi muito importante para mim, aí chegou em casa, demorou. Nesse mesmo dia, eu estimulei ele, e à noite, mesmo, começou a fluir. E aí, ele começou a mamar, e mama até agora. Foi por causa desse acolhimento que eu tive aqui, é que eu resolvi passar com ele aqui. O cuidado que eles tiveram, com a consulta, tudo isso... (E 057)

A criação de vínculo com o profissional ou a equipe de saúde propicia à mulher satisfação com a assistência recebida e confiança nos profissionais, levando-a a continuar freqüentando o mesmo serviço, às vezes ultrapassando gerações.

...aqui, eles tratam bem, é melhor que o convênio, porque lá elas só pesaram o bebê, não perguntaram nada, não dão atenção como dão aqui. Eu gosto daqui, porque os meus filhos todos passaram aqui. (E 120)

...desde que eu tive o meu primeiro filho, que eu passo por aqui. E é aqui que eu conheço os pediatras, todos os médicos, entendeu? Aí, quando tenho alguma dúvida, tem um agente de saúde que vai na minha casa... por isso que eu não troco, por nenhum outro... (E216)

Ter um profissional de referência, que facilite o acesso ao serviço de saúde, e o acesso às informações dentro da própria comunidade, como por exemplo, o agente de saúde, também contribui para a promoção do vínculo, uma vez que, inserido na mesma realidade em que vive a mulher, compreende as suas necessidades.

Em casa, veio esses auxiliares, que é o a gente de saúde, que passa todo mês nas casas... Eu tenho aquele agente que passa nas casas, e, como eu tenho o meu filho, ele sempre passa, e ele mora lá, e quando a gente tem dúvida, a gente pode procurar ele.
(E 222)

Segundo Lima et al. (2007), o bom atendimento, baseado na escuta do usuário e o bom desempenho do profissional, propiciam a criação do vínculo do usuário com o serviço de saúde. O vínculo otimiza a assistência, uma vez que, os profissionais conhecem os seus clientes e as suas prioridades, facilitando, assim, a resolutividade e o atendimento das suas necessidades. Isto gera satisfação e segurança ao usuário, pois ele sente-se aceito e mais próximo dos cuidadores.

Para Zorzi e Bonilha (2006), o atendimento domiciliar durante o aleitamento materno propiciou um maior vínculo do profissional com a nutriz e sua família, sendo uma importante estratégia para o conhecimento de práticas utilizadas no ambiente doméstico, culturalmente definidas, e assim, atuar de maneira satisfatória na resolução de intercorrências mamárias.

Tabela 38- Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis*	Categorias	Necessidade de vínculo				Total	
		Não teve vínculo		Teve vínculo		N	%
		N	%	N	%		
Idade	Adolescente	-	-	17	100,0	17	100,0
	Não adolescente	10	8,0	115	92,0	125	100,0
	Total	10	7,0	132	93,0	142	100,0
Idade da criança	até 30 dias	-	-	19	100,0	19	100,0
	de 31 a 120 dias	8	9,2	79	90,8	87	100,0
	de 121 a 180 dias	2	5,6	34	94,4	36	100,0
	Total	10	7,0	132	93,0	142	100,0
Escolaridade	de 1 a 4 anos	-	-	13	100,0	13	100,0
	de 5 a 8 anos	2	5,4	35	94,6	37	100,0
	de 9 a 11 anos	5	6,2	75	93,8	80	100,0
	mais de 11 anos	3	25,0	9	75,0	12	100,0
	Total	10	7,0	132	93,0	142	100,0
Reside com o companheiro	Sim	10	8,5	107	91,5	117	100,0
	Não	-	-	25	100,0	25	100,0
	Viúva	-	-	-	-	-	-
	Total	10	7,0	132	93,0	142	100,0
Trabalho extralar	trabalha e tem licença	3	6,0	47	94,0	50	100,0
	trabalha e não tem licença	1	7,1	13	92,9	14	100,0
	não trabalha	6	7,7	72	92,3	78	100,0
	Total	10	7,0	132	93,0	142	100,0
Renda familiar (em salários mínimos)	até 1	-	-	12	100,0	12	100,0
	mais de 1 a 3	7	8,3	77	91,7	84	100,0
	mais de 3 a 7	2	6,1	31	93,9	33	100,0
	mais de 7	1	10,0	9	90,0	10	100,0
	Total	10	7,0	132	93,0	142	100,0

*p> 0,05 para todas as variáveis

No que se refere à necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde e os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, nenhuma variável apresentou significância estatística.

No entanto, observamos que as adolescentes, proporcionalmente, externaram ter vínculo com maior frequência, 17 (100,0%), em relação às não adolescentes, 115 (92,0%). Talvez isso possa ser explicado pela

existência em alguns serviços de saúde, de programas específicos, voltados às adolescentes.

Para as mulheres com crianças na faixa etária de até 30 dias, também ocorreu maior frequência de mulheres que referiram ter vínculo com o serviço de saúde, 19 (100%). O período recente após o parto, talvez tenha levado as mulheres a expressarem mais sua percepção do vínculo, pois o pré-natal e a internação envolvem um contato mais freqüente e íntimo com os profissionais de saúde.

Interessante observar que, as mulheres com escolaridade maior de 11 anos e renda familiar maior de 7 salários mínimos, foram as que externaram, com maior frequência, experiências que dificultaram a criação do vínculo com o profissional ou equipe de saúde, correspondendo a 3 (25,0%) e 1 (10,0%) das mulheres, respectivamente.

Considerando que, as mulheres de maior poder aquisitivo, foram as que utilizaram os serviços conveniados e particulares para o parto, podemos inferir que esta dificuldade pode estar relacionada ao rodízio constante com que os serviços conveniados mantêm seu quadro funcional, dificultando o atendimento pelo mesmo profissional. Porém, não nos ocorre a razão pela qual o vínculo com profissionais ditos “particulares”, poderia ser assim encarado, pelas participantes deste estudo.

Encontramos também maior referência de vínculo com o serviço de saúde nas mulheres que não residiam com o companheiro. Estas, provavelmente, se sentiram bem acolhidas pela equipe, suprimindo a fragilidade afetiva, devido a não convivência com o pai da criança.

Tabela 39 - Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	Necessidade de vínculo				Total	
		Não teve vínculo		Teve vínculo		N	%
		N	%	N	%		
Local do pré-natal	Serviço público	7	5,6	117	94,4	124	100,0
	Serviço privado	-	-	2	100,0	2	100,0
	Médico de convênio	3	18,7	13	81,3	16	100,0
	Total	10	7,0	132	93,0	142	100,0
Paridade	Primípara	5	7,1	65	92,9	70	100,0
	Não primípara	5	6,9	67	93,1	72	100,0
	Total	10	7,0	132	93,0	142	100,0
Local do parto*	Hospital particular	1	33,3	2	66,7	3	100,0
	Hospital convênio	3	18,7	13	81,3	16	100,0
	Hospital público	6	4,9	116	95,1	122	100,0
	Outro	-	-	1	100,0	1	100,0
	Total	10	7,0	132	93,0	142	100,0
Tipo de parto	Normal	2	3,3	59	96,7	61	100,0
	Cesárea	5	8,6	53	91,4	58	100,0
	Fórcipe	3	13,0	20	87,0	23	100,0
	Total	10	7,0	132	93,0	142	100,0
Criança prematura	Sim	-	-	6	100,0	6	100,0
	Não	10	7,4	126	92,6	136	100,0
	Total	10	7,0	132	93,0	142	100,0
Peso da criança ao nascer	até 2.500g	-	-	9	100,0	9	100,0
	de 2.501g a 3.500g	5	5,8	81	94,2	86	100,0
	acima de 3.500g	5	10,6	42	89,4	47	100,0
	Total	10	7,0	132	93,0	142	100,0

* $\chi^2 = 8,11$ $p = 0,043$

Quanto à necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde e o perfil obstétrico das mulheres, a única variável com significância estatística ($p = 0,043$) foi o local do parto, na qual a maior referência de vínculo ocorreu entre as mulheres que deram à luz no serviço público. Podemos inferir que, como a maioria delas utilizou um hospital público que tem a certificação de Hospital Amigo da Criança, com assistência sistematizada em aleitamento materno, este fato pode ter contribuído para este resultado.

Verificamos também que, mulheres cujas crianças nasceram prematuras ou com peso até 2.500 gramas, variáveis estas relacionadas entre si, foram as que externaram, com maior frequência, ter tido vínculo com o profissional ou equipe de saúde. No estudo de Silva (2008), é descrito a importância da formação do vínculo entre a mãe de bebê prematuro e a equipe de saúde, durante a internação de seu filho, que às vezes pode se prolongar, dependendo do estado de saúde da criança. As Unidades Básicas de Saúde também acompanham essas crianças mais atentamente.

Tabela 40- Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008

Situação de Aleitamento	Necessidade de vínculo				Total	
	Não teve vínculo		Teve vínculo		N	%
	N	%	N	%		
AME	3	3,3	88	96,7	91	100,0
AMP	5	20,8	19	79,2	24	100,0
AM	2	9,1	20	90,9	22	100,0
D	-	-	5	100,0	5	100,0
Total	10	7,0	132	93,0	142	100,0

$$\chi^2 = 7,88 \quad p = 0,025$$

Houve significância estatística ($p = 0,025$) quanto à necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde e a situação de aleitamento, na qual observamos que, as mulheres que tinham desmamado os seus filhos e as que praticavam o AME, externaram a criação do vínculo, com maior frequência, correspondendo a 5 (100,0%) e 88 (96,7%) das participantes, respectivamente. As que mais expressaram dificuldade na criação do vínculo com o serviço de saúde, foram mulheres que praticavam o AMP, 5 (20,8%). Sentimos necessidade de mais estudos para aclarar essa relação. Podemos considerar que, as mulheres que desmamaram seus filhos poderiam ter tido maiores dificuldades no processo de amamentação e, por esse motivo, um contato mais estreito com o profissional de saúde.

5.3.4 Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”

Para esse grupo, apresentamos as expressões-chave relativas à ideia central que compõem a necessidade, relacionadas à ter orientação quanto ao aleitamento materno no pré-natal e na internação, receber apoio instrumental e/ou afetivo do profissional e se sentir segura com relação à amamentação. Entendemos que esses elementos da experiência do processo de amamentação compõem, para o que foi considerado nesse estudo, como necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de andar a vida, pois adquirir conhecimentos, habilidades e, por fim, segurança para amamentar, teria como fim dar autonomia à mulher para manter o aleitamento materno.

5.3.4.1 Ter orientação quanto ao aleitamento materno, no pré-natal e na internação

Com relação à *necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – ter orientação quanto ao aleitamento materno, no pré-natal e na internação* apreendemos, da totalidade dos depoimentos, 238 (100,0%), que 203 (85,3%) mulheres apresentavam as expressões-chave que continham esse elemento.

Dessas 203 (100%) mulheres, 24 (11,8%) relataram não ter tido orientação e 179 (88,2%) citaram ter recebido orientação durante o pré-natal e/ou na internação.

Entendemos que, saber os benefícios do aleitamento materno, para a mãe e para a criança, assim como a técnica de como amamentar, influenciam no processo decisório da mulher de iniciar e manter essa prática, e que, apoderar-se desses conhecimentos contribuem na conquista da sua “autonomia” para a manutenção da amamentação. Assim, ela valoriza as informações recebidas e o conhecimento adquirido, seja pelos meios de comunicação, com a divulgação das campanhas para a promoção do

aleitamento materno, seja pelas orientações recebidas do profissional de saúde, durante o pré-natal ou na internação hospitalar.

... a minha primeira filha não foi amamentada do jeito que essa daqui tá sendo... Como eu era nova, adolescente, de dezoito anos, então eu não tinha uma consciência do que... da serventia do leite materno trazia pra criança... Há dezenove anos atrás, que não tinha esse negócio de propaganda, e de estímulo da mãe amamentar os filhos, então... Hoje, assim, a conscientização está bem maior do que há vinte anos atrás. Hoje, eles anunciam, faz propagandas... Tive orientação, no pré-natal e na maternidade também, foi um tipo de palestra, né? Qual é a necessidade de amamentar o filho, então foi uma palestra muito boa. (E 001)

... do primeiro filho, eu assisti aulinha lá, que eles dão, de amamentação. Então, desde essa primeira aulinha, tanto que o primeiro também, eu não tive dificuldade nenhuma de amamentar, então essa aulinha pra mim foi ótima. Eles ensinaram que pegar, abocanhar, o bebê tem que abocanhar a auréola, e não o bico, então nunca eu tive nem rachadura, nem fissura, nada. Então, tem que incentivar mesmo, tem que dar aulinha mesmo pras mães que realmente querem amamentar... (E 039)

... o grupo de amamentação do posto... Foi muito legal né? Ela tirou as dúvidas, mostrou como era amamentar, falou como cuidar do peito pra ele ficar mais resistente, tomar sol, passar a bucinha, não passar creme no peito, essas coisas. Ajudou, apesar de eu já ter lido em revista, ajudou, porque assim, você lê na revista, mas como eu tinha três exemplos negativos, talvez eu me deixasse levar por esses três exemplos negativos, mas eu acho que ajudou sim, pra eu formar essa opinião, de não desistir. (E 190)

Pelas falas das mulheres que não tiveram a oportunidade de receber orientação, observamos o quanto elas valorizam as orientações recebidas pelos profissionais de saúde.

... eu não tive assistência nenhuma... Ninguém foi lá falar: oh, você tem que pegar, fazer isso, não... Eu já sabia, porque eu assisti muito né? Sobre maternidade, essas coisas, minha irmã teve 4 filhos, então eu tava sempre presente, aí eu aprendi na prática. Mais... alguém ir lá ensinar, não... Não tem orientação, tanto é que no quarto que eu fiquei, algumas mães lá, eu que tava ensinando algumas coisas, porque as enfermeiras dificilmente iam lá. (E 201)

A enfermeira assim, "Olha, você coloca aqui no braço, coloca o seio, coloca o peito aqui e pronto, foi essa a orientação, é assim? Acabou, nem uma outra orientação... saí da maternidade e tive informações gerais assim, mas eu acho que, o básico, até eu não tive... eu coloquei o peito na boca do neném, dali eu aprendi sozinha... a minha irmã que já tem três filhos, que vem me orientando... então eu tive esse apoio na família... mas da

maternidade, eu acho que deixou muito a desejar, muito a desejar... (E 033)

As mulheres reconhecem a importância da orientação dos profissionais de saúde para o estímulo ao aleitamento materno, desde o pré-natal, como forma de instrumentalizar a mulher com o conhecimento, para que esta possa ter maior confiança e êxito na amamentação.

Estar sempre mostrando para elas o lado positivo, é uma criança saudável, se ela quer ter um filho saudável, porque se vocês cuidam da saúde, tem que estar mostrando para elas que sem esse leite a criança não vai ter a saúde que a mãe quer. Porque não existe mãe que não quer um filho saudável, por mais que ela pense na estética, ela não vai querer ver seu filho sempre doente, sempre nos hospitais. (E 034)

É falar mesmo, instruir. De repente tirar uma dúvida. Se a mãe vier perguntar, ela saber responder, orientar, passar segurança. Muitas vezes fica desesperado e eu acho que ela tem que ser firme na posição dela, saber passar segurança naquela informação pra mãe, que está em busca de resposta. Ser bem firme na resposta dela, segurança, a instrução pra ela ter experiência... Dúvidas banais mesmo, do dia-a-dia que você vê: “ele grita”... “Mas calma, ele tem que chorar. Ele vai chorar, é o meio dele se comunicar”. (E 212)

Outros estudos também evidenciam a importância da orientação em aleitamento materno, tanto com relação às propriedades do leite materno, vantagens da amamentação, como a técnica para amamentar (Giugliani, 1994; Graffy e Taylor, 2005).

Tabela 41- Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – ter orientação quanto ao aleitamento materno, no pré-natal e na internação, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis*	Categorias	Ter orientação quanto ao aleitamento materno				Total	
		Não teve orientação		Teve orientação		N	%
		N	%	N	%		
Idade	Adolescente	2	9,5	19	90,5	21	100,0
	Não adolescente	22	12,1	160	87,9	182	100,0
	Total	24	11,8	179	88,2	203	100,0
Idade da criança	até 30 dias	3	10,0	27	90,0	30	100,0
	de 31 a 120 dias	15	12,9	101	87,1	116	100,0
	de 121 a 180 dias	6	10,5	51	89,5	57	100,0
	Total	24	11,8	179	88,2	203	100,0
Escolaridade	de 1 a 4 anos	2	10,5	17	89,5	19	100,0
	de 5 a 8 anos	4	8,2	45	91,8	49	100,0
	de 9 a 11 anos	14	12,6	97	87,4	111	100,0
	mais de 11 anos	4	16,7	20	83,3	24	100,0
	Total	24	11,8	179	88,2	203	100,0
Reside com o companheiro	Sim	22	13,0	147	87,0	169	100,0
	Não	2	6,1	31	93,9	33	100,0
	Viúva	-	-	1	100,0	1	100,0
	Total	24	11,8	179	88,2	203	100,0
Trabalho extraluar	Trabalha e tem licença	8	10,7	67	89,3	75	100,0
	Trabalha e não tem licença	1	4,0	24	96,0	25	100,0
	Não trabalha	15	14,6	88	85,4	103	100,0
	Total	24	11,8	179	88,2	203	100,0
Renda familiar (em salários mínimos)	até 1	1	7,7	12	92,3	13	100,0
	mais de 1 a 3	13	11,2	103	88,8	116	100,0
	mais de 3 a 7	5	10,4	43	89,6	48	100,0
	mais de 7	5	20,8	19	79,2	24	100,0
	Total	24	11,8	179	88,2	203	100,0

*p> 0,05 para todas as variáveis

Com relação à *necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – ter orientação quanto ao aleitamento materno*, no pré-natal e na internação e os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, observamos que nenhuma variável teve significância estatística.

A maioria das mulheres, 179 (88,2%), citou ter tido alguma orientação, no pré-natal e/ou na internação, mostrando que, embora ainda não seja o ideal, os serviços de saúde estão se empenhando na promoção do aleitamento materno. O percentual de adolescentes que relataram ter recebido orientação, (90,5%), foi proporcionalmente maior, em relação às mulheres não adolescentes (87,9%), embora sem significância estatística.

Interessante observar que, as mulheres com maior escolaridade, 4 (16,7%) e com renda familiar melhor, 5 (20,8%) foram as que, proporcionalmente, referiram com maior frequência não ter tido orientação sobre aleitamento materno. Considerando que essas mulheres representam aquelas com maior poder aquisitivo, e que, em sua maioria, fizeram uso do serviço privado, tanto para o acompanhamento pré-natal, como para a realização do parto, observamos que a orientação na assistência em aleitamento materno está aquém da encontrada nos serviços públicos.

Através das falas das mulheres, observamos que, na ausência de informação vinda do profissional de saúde, a dúvida foi suprida através dos veículos de comunicação, sendo citada pelas participantes, principalmente, a Internet.

Isso denota que, independente da classe social, precisar e ter a informação é um elemento muito presente nas questões referentes à prática do aleitamento materno.

Tabela 42- Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – ter orientação quanto ao aleitamento materno, no pré-natal e na internação, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	Ter orientação quanto ao aleitamento materno				Total	
		Não teve orientação		Teve orientação		N	%
		N	%	N	%		
Local do pré-natal*	Serviço público	12	7,2	154	92,8	166	100,0
	Serviço privado	-	-	6	100,0	6	100,0
	Médico de convênio	12	38,7	19	61,3	31	100,0
	Total	24	11,8	179	88,2	203	100,0
Paridade	Primípara	15	14,2	91	85,8	106	100,0
	Não primípara	9	9,3	88	90,7	97	100,0
	Total	24	11,8	179	88,2	203	100,0
Local do parto**	Hospital particular	1	11,1	8	88,9	9	100,0
	Hospital convênio	11	37,9	18	62,1	29	100,0
	Hospital público	11	6,7	152	93,3	163	100,0
	Outro	1	50,0	1	50,0	2	100,0
	Total	24	11,8	179	88,2	203	100,0
Tipo de parto***	Normal	8	8,4	87	91,6	95	100,0
	Cesárea	16	20,5	62	79,5	78	100,0
	Fórcipe	-	-	30	100,0	30	100,0
	Total	24	11,8	179	88,2	203	100,0
Criança prematura	Sim	4	25,0	12	75,0	16	100,0
	Não	20	10,7	167	89,3	187	100,0
	Total	24	11,8	179	88,2	203	100,0
Peso da criança ao nascer	até 2.500g	3	18,7	13	81,3	16	100,0
	de 2.501g a 3.500g	15	11,1	120	88,9	135	100,0
	acima de 3.500g	6	11,5	46	88,5	52	100,0
	Total	24	11,8	179	88,2	203	100,0

* $\chi^2 = 19,03$ $p < 0,001$

** $\chi^2 = 20,99$ $p < 0,001$

*** $\chi^2 = 10,73$ $p = 0,005$

Conforme observamos na Tabela 42, em relação à *necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – ter orientação quanto ao aleitamento materno, no pré-natal e na internação* e o perfil obstétrico das mulheres, encontramos significância estatística para as variáveis local do pré-natal ($p < 0,001$), local do parto ($p < 0,001$) e tipo de parto ($p = 0,005$).

Com relação ao local do pré-natal e local do parto, observamos que as mulheres que utilizaram os serviços públicos, 154 (92,8%) e 152 (93,3%), respectivamente, relataram, proporcionalmente, com maior frequência, terem recebido orientações sobre o aleitamento materno. No entanto, a maior frequência de mulheres que relataram não ter recebido orientação, incidiu naquelas que utilizaram os serviços de convênio, correspondendo a 12 (38,7%) e 11 (37,9%) respectivamente. Lembramos que estas, contudo, foram as que referiram maior acesso aos serviços de saúde, evidenciando a agilidade das consultas; porém, como observado nesse momento, este fato não significa uma melhor qualidade no atendimento, no que se refere à orientação quanto ao aleitamento materno.

Na realidade dos serviços privados do país, observamos que a orientação sistematizada exige custos do usuário e pode não estar sendo aproveitada, nesse sentido. Outro fator a ser considerado é que, na região do estudo, existem dois hospitais públicos que tem a certificação de 'Hospital Amigo da Criança', e adotam o Sistema Alojamento Conjunto, bem como medidas à educação quanto ao aleitamento materno, além do fato da Unidade Básica de Saúde, local da coleta de dados, contar com orientação sistematizada no pré e pós-natal, voltada à promoção dessa prática.

Quanto ao tipo de parto, observamos que as mulheres que tiveram parto cesárea foram as que relataram, proporcionalmente, com maior frequência, não terem recebido orientação sobre o aleitamento, durante o pré-natal e a internação. Esse resultado se justifica, pois como discutido anteriormente, o tipo de parto está relacionado ao tipo de serviço, em que a maior frequência de cesárea ocorreu nas mulheres que deram à luz em hospitais de convênio e particular, nos quais foram encontrados menor frequência de práticas facilitadoras da amamentação, em comparação aos hospitais públicos (Toma e Monteiro, 2001).

Tabela 43- Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – ter orientação quanto ao aleitamento materno, no pré-natal e na internação, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008

Situação de Aleitamento	Ter orientação quanto ao aleitamento materno				Total	
	Não teve orientação		Teve orientação		N	%
	N	%	N	%		
AME	13	10,8	107	89,2	120	100,0
AMP	3	10,7	25	89,3	28	100,0
AM	4	10,5	34	89,5	38	100,0
D	4	23,5	13	76,5	17	100,0
Total	24	11,8	179	88,2	203	100,0

$\chi^2 = 2,44$ p= 0,49

Não encontramos, também, na análise desses dados, significância estatística quanto à *necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – ter orientação quanto ao aleitamento materno, no pré-natal e na internação* e a situação de aleitamento.

No estudo de Parada et al. (2005), a prevalência de aleitamento materno exclusivo ou aleitamento materno entre menores de seis meses não esteve associada à segurança com orientação.

Observamos, apenas, que a maior proporção de mulheres que relataram não ter tido orientação incidiu entre as que já tinham desmamado os seus filhos 4 (23,5%), sugerindo a importância desta prática assistencial para a manutenção da amamentação.

5.3.4.2 Receber apoio instrumental e/ou afetivo do profissional

Dentre as 238 (100%) entrevistadas, 232 (97,5%) relataram na sua experiência o elemento receber apoio do profissional. Dessas 232 (100%) mulheres, verificamos que 150 (64,7%) precisaram de apoio do profissional e 82 (35,3%) relataram não ter sido necessário receber nenhum tipo de apoio profissional para amamentar, instrumental e/ou funcional, pois o processo de instalação da amamentação foi muito tranquilo.

Entendemos nessa perspectiva de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”, que o desenvolvimento de habilidades na técnica de como amamentar pode contribuir para que a mulher adquira essa “autonomia”, segurança e confiança para a manutenção e o sucesso da amamentação.

Para isso, não só a informação é necessária, mas também a ajuda prática para amamentar e o incentivo no início desse processo, durante a internação, para que, a partir desse momento, a mulher e a criança consigam manter com sucesso o aleitamento materno. Denominamos de ajuda prática para amamentar e incentivo como receber apoio instrumental e/ou afetivo do profissional no processo de amamentação.

...eu fiz o curso de amamentação, porque eu achei muito importante fazer e eu fiz no pré-natal. Então pra mim, o que foi complicado é porque é diferente do dia-a-dia. Você tem uma criança ali amamentando, e o curso, porque o curso te mostra o bico do seio e como que você tem que colocar a criança, mas é diferente na hora. Você acha que tá certo, mas não tá. Então, eu acho que, a partir do momento que você teve o bebê, lá em cima, no hospital mesmo, ao invés de falar: olha, você tem que pegar assim... E colocar a criança ali, realmente, como ela deve ser amamentada, entende? Principalmente as mães de primeira viagem, porque eu nunca tinha tido filho e nunca amamentei. Então eu acho que faltou isso... (E 012)

... tive bastante ajuda da enfermeira, que ela me explicou direitinho, orientou, colocou ela no meu seio, ensinou. Então, isso foi muito bom pra fazer ela pegar, que no começo ela tinha... recusava um pouquinho. Então, ela ensinou, eles me orientaram bem. Eu acho isso importante, você ensinar a amamentar, na prática. Porque não adianta dar um livro, demonstração, cada criança tem um jeito, então eu acho que tem que ser na prática mesmo... (E 239)

Tabela 44 - Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – receber apoio instrumental e/ou afetivo do profissional, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, em São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	Apoio instrumental e/ou afetivo do profissional				Total	
		Precisou de apoio		Não precisou de apoio		N	%
		N	%	N	%		
Idade	Adolescente	18	75,0	6	25,0	24	100,0
	Não adolescente	132	63,5	76	36,5	208	100,0
	Total	150	64,7	82	35,3	232	100,0
Idade da criança	até 30 dias	27	75,0	9	25,0	36	100,0
	de 31 a 120 dias	82	62,6	49	37,4	131	100,0
	de 121 a 180 dias	41	63,1	24	36,9	65	100,0
	Total	150	64,7	82	35,3	232	100,0
Escolaridade*	de 1 a 4 anos	8	33,3	16	66,7	24	100,0
	de 5 a 8 anos	39	65,0	21	35,0	60	100,0
	de 9 a 11 anos	83	68,0	39	32,0	122	100,0
	mais de 11 anos	20	76,9	6	23,1	26	100,0
	Total	150	64,7	82	35,3	232	100,0
Reside com o companheiro	Sim	121	63,0	71	37,0	192	100,0
	Não	28	71,8	11	28,2	39	100,0
	Viúva	1	100,0	-	-	1	100,0
	Total	150	64,7	82	35,3	232	100,0
Trabalho extralar	Trabalha e tem licença	54	65,1	29	34,9	83	100,0
	Trabalha e não tem licença	19	76,0	6	24,0	25	100,0
	Não trabalha	77	62,1	47	37,9	124	100,0
	Total	150	64,7	82	35,3	232	100,0
Renda familiar (em salários mínimos)	até 1	9	56,2	7	43,8	16	100,0
	mais de 1 a 3	83	61,9	51	38,1	134	100,0
	mais de 3 a 7	34	65,4	18	34,6	52	100,0
	mais de 7	22	84,6	4	15,4	26	100,0
	Total	148	64,9	80	35,1	228**	100,0

* $\chi^2 = 12,63$ p= 0,006

**Total menor que 232, pois 4 participantes não souberam referir a renda familiar.

Ao investigarmos, neste estudo, a relação entre a *necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – receber apoio instrumental e/ou afetivo do profissional* e os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, encontramos significância estatística somente para uma variável, a escolaridade.

Proporcionalmente, observamos maior frequência de mulheres com 1 a 4 anos de escolaridade que não precisaram de apoio, 16 (66,7%), enquanto uma maior frequência de mulheres com mais de 11 anos de escolaridade precisaram de apoio para amamentar, 20 (76,9%).

Para melhor explorar a questão da escolaridade, investigamos as suas relações com as demais variáveis, e encontramos, entre outras, associação estatística significativa com a paridade ($\chi^2 = 13,35$ e $p = 0,004$). Assim, o fato de mulheres com menos escolaridade terem verbalizado necessitar menos apoio para amamentar explica-se quando verificamos que, dentre as mães com 1 a 4 anos de estudo e com 5 a 8 anos de estudo, a maioria tinha mais de um filho e, portanto, mais experiência na prática de amamentar, correspondendo a 19 (79,2%) e 38 (62,3%) das participantes, respectivamente. O inverso ocorreu com mulheres com 9 a 11 anos e acima de 11 anos de estudo, pois a maioria era primípara, com 69 (54,8%) e 16 (59,3%) das mulheres, respectivamente.

As adolescentes do estudo foram as que, proporcionalmente, tiveram maior necessidade de receber apoio do profissional, 18 (75,0%), em comparação com as não adolescentes, 132 (63,5%), porém sem significância estatística. No entanto, ao investigarmos a relação desta variável com a paridade, também encontramos associação estatística significativa ($\chi^2 = 22,20$, $p < 0,001$), onde observamos que a maioria das adolescentes, 23 (92,0%) era primípara e, apenas 90 (42,3%) das mulheres adultas, tinham dado à luz pela primeira vez.

Em relação à idade da criança, as mulheres com crianças até 30 dias de vida foram as que verbalizaram, com maior frequência, 27 (75,0%), ter precisado de apoio do profissional na internação, porém sem significância estatística. Talvez isto tenha ocorrido pelo fato da mulher se encontrar em período recente após o parto, onde a experiência de amamentar durante a internação permanece mais vívida na memória.

Tabela 45 - Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – receber apoio instrumental e/ou afetivo do profissional, segundo o perfil obstétrico das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	Apoio instrumental e/ou afetivo do profissional				Total	
		Precisou de apoio		Não precisou de apoio		N	%
		N	%	N	%		
Local do pré-natal	Serviço público	119	61,7	74	38,3	193	100,0
	Serviço privado	5	100,0	-	-	5	100,0
	Médico de convênio	26	76,5	8	23,5	34	100,0
	Total	150	64,7	82	35,3	232	100,0
Paridade*	Primípara	94	83,9	18	16,1	112	100,0
	Não primípara	56	46,7	64	53,3	120	100,0
	Total	150	64,7	82	35,3	232	100,0
Local do parto**	Hospital particular	7	77,8	2	22,2	9	100,0
	Hospital convênio	27	84,4	5	15,6	32	100,0
	Hospital público	114	60,6	74	39,4	188	100,0
	Outro	2	66,7	1	33,3	3	100,0
	Total	150	64,7	82	35,3	232	100,0
Tipo de parto***	Normal	59	53,6	51	46,4	110	100,0
	Cesárea	65	72,2	25	27,8	90	100,0
	Fórcipe	26	81,3	6	18,7	32	100,0
	Total	150	64,7	82	35,3	232	100,0
Criança prematura	Sim	12	80,0	3	20,0	15	100,0
	Não	138	63,6	79	36,4	217	100,0
	Total	150	64,7	82	35,3	232	100,0
Peso da criança ao nascer	até 2.500g	12	75,0	4	25,0	16	100,0
	de 2.501g a 3.500g	98	63,2	57	36,8	155	100,0
	acima de 3.500g	40	65,6	21	34,4	61	100,0
	Total	150	64,7	82	35,3	232	100,0

* $\chi^2 = 35,19$ $p < 0,001$

** $\chi^2 = 7,75$ $p = 0,037$

*** $\chi^2 = 11,96$ $p = 0,003$

Verificamos que, quanto à *necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – receber apoio instrumental e/ou afetivo do profissional* e o perfil obstétrico, houve significância estatística para as variáveis paridade ($p < 0,001$), local de parto ($p = 0,037$) e tipo de parto ($p = 0,003$).

Com relação à paridade, observamos que mulheres primíparas verbalizaram com maior frequência, 94 (83,9%), que precisaram de apoio do profissional de saúde para amamentar.

Ao vivenciar o nascimento do primeiro filho, e a primeira experiência de amamentação, a mulher necessita desse apoio, para que a instalação da amamentação seja vivenciada como um momento tranquilo para ela, o que, acreditamos, pode traçar o percurso do desempenho da mulher no processo do aleitamento materno.

As mulheres que apresentaram menor referência de necessidade de apoio foram as não primíparas, 56 (46,7%). Provavelmente, como já inferido, por terem mais experiência com outros filhos.

No que se refere ao local do parto, mulheres que deram à luz em hospitais conveniados ou particulares, foram as que verbalizaram, com maior frequência, 27 (84,4%) e 7 (77,8%) respectivamente, que precisaram de apoio do profissional para amamentar. Lembramos que a maior frequência de mulheres com parto cesárea foi observada nesses hospitais.

As mulheres que tiveram parto fórcepe ou cesárea foram as que verbalizaram, com maior frequência, 26 (81,3%) e 65 (72,2%), respectivamente, que precisaram de apoio durante a internação. Atribuímos isso ao fato de que, além das dificuldades iniciais inerentes ao início da prática de amamentar, em que há uma adaptação entre a mãe e seu filho, somam-se, nos casos de parto fórcepe ou cesárea, as dificuldades inerentes ao parto operatório, com relação aos efeitos da anestesia e desconfortos causados pela dor, podendo haver dificuldade no posicionamento da criança para mamar.

Embora sem significância estatística, observamos maior frequência de mulheres que referiram ter precisado de apoio quando a criança era prematura 12 (80,0%) ou com peso menor ou igual a 2.500 gramas, 12 (75%). Como comentado, estas duas variáveis estão relacionadas. Estas crianças podem apresentar dificuldade para iniciar a sucção, precisando por isso, de um maior apoio por parte do profissional para iniciar e manter o aleitamento materno.

Tabela 46- Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – receber apoio instrumental e/ou afetivo do profissional, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008

Situação de Aleitamento	Apoio instrumental e/ou afetivo do profissional				Total	
	Precisou de apoio		Não precisou de apoio			
AME	79	58,1	57	41,9	136	100,0
AMP	25	67,6	12	32,4	37	100,0
AM	33	78,6	9	21,4	42	100,0
D	13	76,5	4	23,5	17	100,0
Total	150	64,7	82	35,3	232	100,0

$\chi^2 = 7,30$ $p = 0,063$

Não houve significância estatística na relação entre a *necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – receber apoio instrumental e/ou afetivo do profissional* e a situação de aleitamento.

Apesar de não ter tido significância estatística, observamos que as mulheres que estavam praticando AM ou haviam desmamado os seus filhos, foram aquelas que, proporcionalmente, relataram com maior frequência que precisaram de apoio do profissional de saúde, abrangendo 33 (78,6%) e 13 (76,5%) da amostra, respectivamente. As mulheres de cujas falas identificamos expressões-chave que denotam não ter precisado de apoio, são, também, aquelas que expressaram não ter dificuldade para amamentar. Observamos, nesta análise, que estas mulheres, proporcionalmente, foram as que tiveram maior frequência de AME 57 (41,9%) e menores frequências de AM 9 (21,4%) e D 4 (23,5%). Assim, podemos afirmar o quão importante se torna o atendimento desta necessidade para a manutenção do processo de amamentação.

Outros estudos também revelam a importância do apoio do profissional de saúde no auxílio à nutriz para o início e a manutenção da amamentação, desde o primeiro contato, ainda na sala de parto, até o seguimento após a alta hospitalar (Monteiro, Gomes e Nakano, 2006; Carvalhaes e Corrêa, 2003; Dyson, McCormick e Renfrew, 2008; Britton et al. 2008). Oliveira, Camacho e Souza (2005) encontraram maior prevalência

de AME entre as mulheres que receberam ajuda para amamentar na maternidade.

5.3.4.3 Se sentir segura com relação a amamentação

Em relação à necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – se sentir segura com relação à amamentação, observamos que das 238 (100%) participantes do estudo, 48 (20,2%) citaram o elemento sentir-se segura para amamentar. Entre essas 48 (100%) mulheres, verificamos, nas suas falas, que 9 (18,8%) externaram alguma insegurança durante o processo de amamentação e 39 (81,2%) sentiram-se seguras para exercer esta prática.

Apreendemos dos depoimentos das mulheres, que, se sentir segura para amamentar, principalmente após a alta hospitalar, tem importante valor para os rumos que tomam a amamentação, após o retorno ao lar e à sua realidade cotidiana. Cabe aos profissionais de saúde instrumentalizar a mulher, para que ela adquira essa segurança e autonomia, no que se refere aos cuidados com a criança e ao aleitamento materno.

... quando eu saí com a minha filha (de alta), eu nem acreditava. Eu tô indo embora sabe? Eu não sabia se eu ria ou se eu chorava, porque, ao mesmo tempo que eu queria ir, eu queria ficar. Porque eu sei que, no hospital, ela tava sendo bem cuidada e em casa, eu não sei se eu ia poder cuidar da forma que eles cuidavam... se eu não cuidar bem eu volto... (E 032)

... eu adorei ficar internada. O ruim é chegar em casa né? Porque lá a gente tem toda essa proteção né? A gente fica despreocupada porque qualquer coisa que acontece tem um médico, tem uma enfermeira, tem um assistente, em casa não, em casa é só a gente... (E 182)

Tabela 47- Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – se sentir segura com relação à amamentação, segundo os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, São Paulo, 2008

Variáveis*	Categorias	Se sentir segura com relação a amamentação				Total	
		Sentiu-se insegura		Sentiu-se segura		N	%
		N	%	N	%		
Idade	Adolescente	1	50,0	1	50,0	2	100,0
	Não adolescente	8	17,4	38	82,6	46	100,0
	Total	9	18,7	39	81,3	48	100,0
Idade da criança	até 30 dias	1	14,3	6	85,7	7	100,0
	de 31 a 120 dias	4	15,4	22	84,6	26	100,0
	de 121 a 180 dias	4	26,7	11	73,3	15	100,0
	Total	9	18,7	39	81,3	48	100,0
Escolaridade	de 1 a 4 anos	-	-	6	100,0	6	100,0
	de 5 a 8 anos	2	18,2	9	81,8	11	100,0
	de 9 a 11 anos	6	23,1	20	76,9	26	100,0
	mais de 11 anos	1	20,0	4	80,0	5	100,0
	Total	9	18,7	39	81,3	48	100,0
Reside com o companheiro	Sim	9	21,4	33	78,6	42	100,0
	Não	-	-	6	100,0	6	100,0
	Total	9	18,7	39	81,3	48	100,0
Trabalho extralar	Trabalha e tem licença	3	16,7	15	83,3	18	100,0
	Trabalha e não tem licença	-	-	5	100,0	5	100,0
	Não trabalha	6	24,0	19	76,0	25	100,0
	Total	9	18,7	39	81,3	48	100,0
Renda familiar (em salários mínimos)	até 1	-	-	3	100,0	3	100,0
	mais de 1 a 3	5	19,2	21	80,8	26	100,0
	mais de 3 a 7	3	23,1	10	76,9	13	100,0
	mais de 7	1	20,0	4	80,0	5	100,0
	Total	9	19,1	38	80,9	47**	100,0

*p> 0,05 para todas as variáveis

** Total menor que 48, pois uma participante não soube informar a renda familiar

Na relação entre *necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – se sentir segura com relação a amamentação* e os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres, nenhuma das variáveis apresentou significância estatística.

No entanto, embora o número pequeno de mulheres não nos permitir generalizações, observamos que para a variável escolaridade, as mulheres que citaram, com maior frequência, sentir-se segura para amamentar, foram as que tinham escolaridade de 1 a 4 anos, correspondendo a 6 (100%) das participantes, o mesmo ocorrendo para a variável renda familiar de até 1 salário mínimo. Considerando que a maioria dessas mulheres corresponde àquelas não primíparas, observamos que a experiência anterior de amamentar contribui para adquirir a segurança necessária para o processo de amamentação.

Outro aspecto a ser considerado é que, conforme discutido na Tabela 26, as mulheres com menor renda familiar foram as que receberam maior apoio instrumental e/ou afetivo da família, o que, provavelmente, auxilia a desenvolver na mulher maior segurança no desempenho de amamentar.

Observamos também que, proporcionalmente, 6 (100%) das mulheres que não residem com o companheiro relataram sentir-se seguras para amamentar, porém, não podemos generalizar esse resultado, sem ter avaliado o suporte familiar dessas mulheres.

Tabela 48 - Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – se sentir segura com relação à amamentação, segundo o perfil obstétrico das mulheres, em São Paulo, 2008

Variáveis	Categorias	Se sentir segura com relação a amamentação				Total	
		Sentiu-se insegura		Sentiu-se segura		N	%
		N	%	N	%		
Local do pré-natal	Serviço público	6	17,1	29	82,9	35	100,0
	Serviço privado	-	-	2	100,0	2	100,0
	Médico de convênio	3	27,3	8	72,7	11	100,0
	Total	9	18,7	39	81,3	48	100,0
Paridade*	Primípara	7	70,0	3	30,0	10	100,0
	Não primípara	2	5,3	36	94,7	38	100,0
	Total	9	18,7	39	81,3	48	100,0
Local do parto	Hospital particular	-	-	-	-	-	-
	Hospital convênio	3	27,3	8	72,7	11	100,0
	Hospital público	6	16,7	30	83,3	36	100,0
	Outro	-	-	1	100,0	1	100,0
	Total	9	18,7	39	81,3	48	100,0
Tipo de parto**	Normal	3	11,1	24	88,9	27	100,0
	Cesárea	4	21,1	15	78,9	19	100,0
	Fórcipe	2	100,0	-	-	2	100,0
	Total	9	18,7	39	81,3	48	100,0
Criança prematura	Sim	1	50,0	1	50,0	2	100,0
	Não	8	17,4	38	82,6	46	100,0
	Total	9	18,7	39	81,3	48	100,0
Peso da criança ao nascer***	até 2.500g	2	100,0	-	-	2	100,0
	de 2.501g a 3.500g	3	10,7	25	89,3	28	100,0
	acima de 3.500g	4	22,2	14	77,8	18	100,0
	Total	9	18,7	39	81,3	48	100,0

* $\chi^2 = 18,44$ $p < 0,001$

** $\chi^2 = 7,02$ $p = 0,022$

*** $\chi^2 = 7,28$ $p = 0,023$

Na relação entre *necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – se sentir segura com relação a amamentação* e o perfil obstétrico das mulheres, encontramos associação estatística significativa com as variáveis paridade ($p < 0,001$), tipo de parto ($p = 0,022$) e peso da criança ao nascer ($p = 0,023$).

Com relação à paridade, observamos que as primíparas referiram com maior frequência, 7 (70,0%), insegurança para amamentar, quando

apreendemos que a experiência e conhecimento das mulheres que já tinham outros filhos colaborou para trazer maior segurança para a experiência atual de amamentar. Em estudo de Vieira et al. (2004), encontrou-se maior chance para amamentar entre as multíparas, com associação significativa.

No que se refere ao tipo de parto, verificamos que as mulheres que relataram, com maior frequência, ter tido insegurança para amamentar, foram as de parto cesárea, 4 (21,1%), ou parto fórcepe, 2 (100%), provavelmente devido às dificuldades oriundas de um parto operatório, ou devido ao tempo mais prolongado para o início da primeira mamada.

Quanto ao peso da criança ao nascer, observamos que as mulheres que tiveram crianças com menos de 2.500 gramas ou maior que 3.500 gramas ao nascimento, foram as que relataram ter tido insegurança para amamentar com maior frequência.

Amamentar uma criança de baixo peso pode trazer insegurança para a mulher, devido à sua maior fragilidade e dificuldade para sugar. De maneira empírica, na nossa experiência cotidiana, observamos que as mulheres relatam que crianças maiores têm um comportamento de choro mais intenso e mamadas mais frequentes, podendo colaborar para a insegurança materna no seu desempenho para amamentar, como já explorado neste estudo em oportunidades anteriores. Novos estudos são necessários para esclarecer a influência dessa variável no processo de aleitamento materno.

Tabela 49- Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” – se sentir segura com relação à amamentação, segundo a situação de aleitamento na data da entrevista, São Paulo, 2008

Situação de Aleitamento	Se sentir segura com relação a amamentação				Total	
	Sentiu-se insegura		Sentiu-se segura		N	%
	N	%	N	%		
AME	5	17,2	24	82,8	29	100,0
AMP	-	-	6	100,0	6	100,0
AM	2	18,2	9	81,8	11	100,0
D	2	100,0	-	-	2	100,0
Total	9	18,7	39	81,3	48	100,0

$\chi^2 = 6,85$ p= 0,047

Na análise dos dados da Tabela 49, verificamos que o percentual de mulheres que haviam desmamado os seus filhos e que expressaram o sentimento de insegurança para amamentar foi o maior apresentado, sendo estatisticamente significativo (p= 0,047) para esta variável. Este fato nos indica que desenvolver confiança na mulher na sua capacidade para amamentar é uma importante ferramenta para melhorar o seu desempenho de amamentação.

6 CONCLUSÕES

Embora o estudo não tenha permitido uma generalização dos resultados encontrados, possibilitou-nos ter um primeiro contato com as necessidades de saúde das nutrizes residentes no Distrito Sanitário do Butantã e ter uma noção das relações possíveis com as variáveis consideradas de seus perfis socioeconômicos, demográficos, obstétricos, e a situação de aleitamento na data da entrevista.

Assim sendo, as necessidades de saúde de acordo com a taxonomia de Matsumoto e os elementos da experiência das mulheres no processo de amamentação que as compõem, foram levantadas nesse estudo como:

Necessidade de boas condições de vida - ter uma boa alimentação

Dentro do grupo de necessidades de ter boas condições de vida, *ter uma boa alimentação*, mostrou que, ao ser considerada pela nutriz, extrapola a necessidade de manter sua própria saúde ou bem-estar. A mulher visa, com a boa alimentação, atender melhor às necessidades da criança, uma vez que apresenta a noção da passagem de nutrientes de seu organismo para compor o leite materno. Assim, procura, com a boa alimentação, garantir a qualidade do leite materno, considerando-o fonte de alimento saudável para a criança, garantindo seu bom desenvolvimento, pois percebe a responsabilidade de suprir as necessidades nutricionais e afetivas de seu filho com a amamentação.

A dificuldade de alimentar-se bem é referida graças ao acúmulo de atividades e demanda da criança e não, necessariamente, por dificuldade de acesso aos alimentos e seu preparo.

As variáveis associadas, ao elemento ter uma boa alimentação, foram o local do parto ($p= 0,041$) e a situação de aleitamento ($p= 0,013$).

Em relação ao local do parto, as mulheres que deram à luz em hospitais de convênio, proporcionalmente, tiveram maior frequência de relato de não ter boa alimentação do que as que deram à luz nos hospitais

públicos, abrangendo 33,3% e 6,0% das mulheres, respectivamente. Considerando que aquelas que utilizaram os serviços conveniados foram as que tiveram, proporcionalmente, renda familiar maior, podemos inferir que *ter boa alimentação*, não esteve vinculada a seu poder aquisitivo, mesmo porque alimentar-se bem, foi além do conceito de ter a comida disponível, significando também ter a vida organizada para prepará-la e consumi-la.

Quanto à situação de aleitamento, apenas 3,9% das mulheres em AME referiram não ter boa alimentação, contra 23,5% das com AMP e 22,2% das que tinham desmamado seus filhos. Podemos considerar que as mulheres que estão em AME, relataram com maior frequência ter uma boa alimentação, como uma maneira de garantir a qualidade e a quantidade do leite produzido à criança.

Necessidade de boas condições de vida - trabalhar ou estudar

A *necessidade de trabalhar* para contribuir com a renda familiar ou mesmo satisfação pessoal, ou ainda, a *necessidade de estudar* enquanto amamenta, gera um conflito, visto que, além de precisar atender a essas necessidades, a nutriz também deve atender a uma prática, que é a manutenção do aleitamento materno.

Assim, ela procura avaliar quais os recursos e as possibilidades existentes que lhe permitem conciliá-las, o que representa, em alguns casos, um empecilho para a manutenção do aleitamento materno exclusivo e uma justificativa para início do processo de desmame, quando ela não encontra condições que lhe permitam continuar amamentando o filho. Ou ainda, ao levar em conta os benefícios da amamentação para seu filho, ela prioriza continuar amamentando a criança e decide por desligar-se do trabalho, quando a situação lhe permite optar.

Para essa necessidade, encontramos associação estatística significativa segundo as variáveis escolaridade ($p= 0,002$) e tipo de parto ($p= 0,049$).

No que se refere à escolaridade, as mulheres com 1 a 4 e com 9 a 11 anos de estudo, tiveram maior frequência de respostas de não terem condições de conciliar o trabalho/estudo com a amamentação, compreendendo 100% e 97,6%, respectivamente, quando comparadas com as mulheres com 5 a 8 ou mais de 11 anos de estudo, 68,4% e 70,6%, respectivamente.

As mulheres com parto normal, verbalizaram com maior frequência (95,0%) não conseguirem conciliar o trabalho com a amamentação, em relação aos partos cesárea (78,9%) e fórceps (66,7%). Esta relação, per si, pareceu não se revestir de importância prática. No entanto, ao investigarmos a relação entre tipo de parto e renda familiar, verificamos que as mulheres com menor renda tiveram maior frequência de parto normal ($p=0,01$), podendo representar; dessa forma, uma necessidade de trabalhar e aumentar a renda da família.

Necessidade de boas condições de vida - ter tempo para si

Necessidade de *ter tempo para si* implica a percepção da dedicação total à satisfação das necessidades da criança, o que causa uma série de mudanças no cotidiano da mulher, que precisa organizar e dividir seu tempo, priorizando sempre a criança, pois a esse papel somam-se outros, gerando uma sobrecarga que carece ser dividida. Mas, nem sempre a mulher encontra apoio, gerando uma necessidade de encontrar mais tempo para cuidar de si ou para se dedicar a outros aspectos de sua vida cotidiana, e não estar centrada apenas na criança e na amamentação.

Para esse elemento, não encontramos associação estatisticamente significativa para nenhuma das variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas ou situação de aleitamento.

Necessidade de boas condições de vida - ter sono e repouso adequado

Ter sono e repouso adequado, para a mulher que amamenta, está vinculado ao comportamento de mamar e de sono e vigília do filho, observamos presente nas diferentes etapas do crescimento da criança, desde o período pós-parto na maternidade. A mulher, mesmo recebendo ajuda da família nos cuidados com a criança, relata que o ato de amamentar é seu; tendo, dessa forma, que acordar e estar disponível para satisfazer à fome da criança. Ao ter um padrão de sono inadequado e insuficiente, a mulher prioriza sua necessidade e introduz outros alimentos na dieta da criança, com o objetivo de aumentar suas horas de sono ou prioriza as necessidades de boa alimentação para seu filho, levando em conta os benefícios do leite materno, mantendo assim o aleitamento, adotando estratégias para conciliar o sono com o padrão da criança ou conformando-se com as poucas horas dormidas.

As variáveis que apresentaram significância estatística com relação a *ter sono e repouso adequados*, foram a idade da criança ($p= 0,001$) e a paridade ($p= 0,05$).

Observamos que as mulheres com crianças mais jovens relataram com maior frequência (88,9%) ter sono e repouso inadequados, ocorrendo o inverso nas mulheres com crianças mais velhas, que, proporcionalmente, tiveram frequência maior de sono e repouso adequados (44,4%). Pelo fato das razões de dormir pouco terem se voltado, sobretudo, ao comportamento de choro da criança, consideramos que esta melhora no padrão de sono pode ter ocorrido pela adaptação entre mãe e criança, mamadas mais espaçadas, ou o fato de que nessa idade a criança não apresenta mais a cólica, fator referido pelas mulheres como causa do choro intenso do filho e sono inadequado.

As mulheres primíparas relataram, com maior frequência, não ter sono e repouso adequados, quando comparadas àquelas com mais de um filho, o que pode ser resultado de períodos de sono irregulares e insatisfatórios pela dificuldade de adaptação às suas atividades e à amamentação, mudança muito brusca no padrão de sono contínuo a que estava acostumada, o que ocorreria em menor frequência com mulheres não primíparas.

Necessidade de boas condições de vida - ter boa saúde mental

A *necessidade de boas condições de vida - ter boa saúde mental*, diz respeito à percepção da nutriz do efeito de seu estado emocional sobre o bem-estar da criança e o processo de amamentação. Nesse elemento, encontramos sua preocupação em não passar sentimentos considerados negativos para o filho (tristeza, ansiedade) nem permitir que esses interfiram na quantidade ou qualidade da produção do leite materno.

Encontramos associação estatística significativa na relação entre *ter boa saúde mental* e a variável peso da criança ao nascer ($p= 0,049$), mostrando que mulheres com crianças que nasceram com peso entre 2.501 a 3.500 gramas tiveram, proporcionalmente, menor frequência de problemas emocionais, quando comparadas com mulheres cujas crianças nasceram com peso maior que 3.500 gramas ou menores que 2.500 gramas.

Necessidade de boas condições de vida - ter boas condições para amamentar seu filho - ter boa produção de leite

Ter boa produção de leite, tem relação direta ao ter condições para satisfazer a necessidade de boa alimentação do lactente. A mulher avalia sua produção de leite, utilizando indicadores como o comportamento da criança durante e após as mamadas, o choro, sua manifestação de satisfação, a observação direta da quantidade de leite produzida e, ainda, pelo acompanhamento do peso da criança.

As variáveis com associação estatística significativa para *ter boa produção de leite* foram a idade da criança ($p= 0,046$), o tipo de parto ($p= 0,006$), a prematuridade ($p= 0,05$), o peso da criança ao nascer ($p= 0,006$) e a situação de aleitamento ($p< 0,001$).

A interpretação de boa produção de leite foi mais freqüente, proporcionalmente, em mulheres cujas crianças tinham até 30 dias de vida,

(87,5%). O maior percentual de mulheres com interpretação de pouco leite foi com as que têm filhos acima de 120 dias de idade (48,5%).

Quanto ao tipo de parto, mulheres com parto normal, relataram, com maior frequência (78,0%) ter boa produção de leite, em relação às que tiveram parto cesárea (49,1%).

As mulheres cujos filhos nasceram prematuros tiveram maior frequência (63,6%) de relato de não ter tido produção láctea em quantidade suficiente, bem como, proporcionalmente, as que tiveram filhos com peso menor ou igual a 2.500 gramas, também, foram maioria. Neste estudo, verificamos que as variáveis prematuridade e menor peso ao nascer estavam relacionadas ($p < 0,001$), justificando esse resultado.

As mulheres que praticavam o AME, tiveram maior frequência de relato de boa produção de leite, proporcionalmente, às que praticavam AM ou que já tinham desmamado os filhos.

Necessidade de boas condições de vida - ter boas condições para amamentar seu filho - ter apoio instrumental e/ou afetivo da família

Ainda, dentro da *necessidade de boas condições de vida - ter boas condições para amamentar seu filho*, encontramos o elemento *ter apoio instrumental e/ou afetivo da família* que está relacionado à ajuda nos cuidados com a criança, com os outros filhos ou nos serviços domésticos; enquanto o afetivo retrata a importância no estímulo e incentivo para amamentar, sobretudo, quando a mulher encontra obstáculos a serem superados no processo da amamentação, reiterando dados de literatura.

Para esse elemento de experiência materna, não houve significância estatística entre este e as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas ou a situação de aleitamento materno.

Necessidade de boas condições de vida - ter boas condições para amamentar seu filho - ter ambiente adequado em casa para amamentar

Ter ambiente adequado em casa para amamentar emerge como uma condição significativa e diz respeito ao local tranquilo, sem poluição sonora, com o mínimo de interferência externa e higiênico, que possibilite a permanência da mãe e criança no momento da mamada.

As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa para esse elemento, foram a idade da criança ($p= 0,013$), a escolaridade ($p= 0,021$), a renda familiar ($p< 0,001$) e o local do parto ($p= 0,009$).

As mulheres com crianças maiores de 120 dias de vida, com mais anos de estudo e maior renda familiar relataram com maior frequência, ter ambiente adequado para amamentar. Quanto maior o nível de escolaridade, maior foi a renda familiar das mulheres ($p< 0,001$), implicando condições melhores de moradia e, provavelmente, de possibilidade de organizar o ambiente mais propício à prática de amamentar, ideia esta vinculada ao fato de que as mulheres que deram à luz em hospitais privados também foram as que relataram, com maior frequência, ter ambiente adequado para amamentar.

» *Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida - lidar com as intercorrências da amamentação*

As mulheres também apontam a necessidade de ter acesso às tecnologias para lidar com as intercorrências inerentes da amamentação, especialmente, as referentes a ocorrência de mamilo não protruso, que dificulta o desempenho de amamentar, a lesão de mamilo, o ingurgitamento mamário e a mastite.

Para esse elemento, encontramos associação estatística significativa quanto a variável idade da criança ($p= 0,027$).

A maior frequência de mulheres que apresentou alguma intercorrência da amamentação, foi as com crianças de 31 a 120 dias, e com crianças até 30 dias (64,4% e 50%, respectivamente).

Com relação à paridade, esta também foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$). As mulheres primíparas relataram com maior frequência ter apresentado alguma intercorrência no período de amamentação.

» *Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida* - acesso aos serviços de saúde para seguimento após a alta

Ainda, neste grupo de necessidade, identificamos como significativo para as nutrizes, o acesso a tecnologias e equipamentos de saúde para atender à mulher nas intercorrências do período de amamentação e seguimento do lactente, no que tange à agilidade para a marcação de consultas e atendimento, sobretudo, na vigência de alguma intercorrência, bem como a valorização da inserção do serviço de saúde na comunidade, seja por meio de visita domiciliar ou, ainda, da presença de pessoas de referência, como agentes de saúde, considerados facilitadores para o acesso aos serviços e apoio à nutriz.

Para esta necessidade, a variável local do parto apresentou significância estatística ($p = 0,024$). As mulheres que deram à luz em hospitais particulares, relataram com maior frequência (44,4%) dificuldade de acesso ao serviço de saúde após a alta, enquanto a maior facilidade esteve entre as mulheres atendidas por convênios (90,9%).

€ *Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)* - ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde

O vínculo estabelecido com os profissionais de saúde, tanto os da área hospitalar, como os da unidade básica de saúde é apreendido nas falas dessas nutrizes, como o bom atendimento, a atenção dispensada a ela e a seu filho, a compreensão e o carinho dispensados para a superação de dificuldades, a escuta atenta pelo profissional de saúde e o atendimento de suas necessidades.

As variáveis que apresentaram significância estatística em relação a essa necessidade, foram local do parto ($p= 0,043$) e a situação de aleitamento ($p= 0,025$).

No que se refere ao local do parto, a maior referência de vínculo ocorreu entre as mulheres que deram à luz no serviço público (95,1%). Com relação à situação de aleitamento, observamos que as mulheres que tinham desmamado seus filhos e as que praticavam o AME externaram, proporcionalmente, com maior frequência a criação do vínculo, correspondendo a 100,0% e 96,7% das participantes, respectivamente. As que mais expressaram dificuldade na criação do vínculo com o serviço de saúde foram mulheres que praticavam o AMP (20,8%).

§ *Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito) - ter orientação quanto ao aleitamento materno no pré-natal e na internação*

Adquirir conhecimentos sobre os benefícios do aleitamento materno para a mãe e à criança, assim como a própria técnica de como amamentar contribuem para o processo decisório da mulher de iniciar e manter essa prática. Apoderar-se desses conhecimentos, seja pelos meios de comunicação ou da orientação do profissional de saúde no pré-natal e na internação contribuem na conquista de sua “autonomia” para a manutenção da amamentação.

As variáveis local do pré-natal ($p< 0,001$), local do parto ($p< 0,001$) e tipo de parto ($p= 0,005$) foram as que apresentaram significância estatística para essa necessidade.

A maior frequência (92,8%) de mulheres que expressaram ter recebido orientações sobre o aleitamento materno foram as que utilizaram os serviços públicos para seguimento pré-natal e parto, e (38,7%) entre as que usaram os serviços de convênio, relataram não ter recebido orientação. Essas mulheres, no entanto, referiram maior acesso aos serviços de saúde, com agilidade na marcação de consultas, porém, possivelmente o que não significou melhor qualidade no atendimento, no que se refere à orientação quanto ao aleitamento materno.

No que se refere ao tipo de parto, as mulheres que tiveram parto cesárea, foram as que relataram, com maior frequência (20,5%) não terem recebido orientação sobre o aleitamento durante o pré-natal e a internação. Estando o tipo de parto relacionado com o tipo de serviço ($p < 0,001$), no qual a maior frequência de cesárea ocorreu nas mulheres que deram à luz em hospitais de convênio e particular, é possível inferir que estes serviços ainda não implementaram práticas facilitadoras e incentivadoras do aleitamento materno.

§ *Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito) - receber apoio instrumental e/ou afetivo do profissional*

No que concerne ao grupo de *necessidades de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito)*, a *necessidade de receber apoio instrumental e/ou afetivo do profissional* é constituída por informação, ajuda prática para amamentar e o incentivo, em especial, no início do processo. Dessa forma, a “autonomia” para a instalação e a manutenção da amamentação verifica-se por meio do desenvolvimento de habilidades da técnica de amamentação.

Encontramos associação estatística significativa entre esse elemento e as variáveis escolaridade ($p = 0,006$), paridade ($p < 0,001$), local do parto ($p = 0,037$) e tipo de parto ($p = 0,003$).

Com relação à escolaridade, a maior frequência, (76,9%) foi de mulheres que expressaram a necessidade de apoio e estavam entre aquelas

com mais de 11 anos de escolaridade. As que menos referiram essa necessidade (66,7%), tinham de 1 a 4 anos de escolaridade. Quando associamos escolaridade e paridade, o resultado mostrou que mulheres com menor escolaridade, na sua maioria, tinham mais de um filho ($p= 0,004$) e, portanto, mais experiência na prática de amamentar. Isso pode estar vinculado ao fato de mulheres primíparas terem verbalizado com maior frequência (83,9%) a necessidade que sentiram de apoio do profissional de saúde para amamentar.

No que se refere ao local do parto, mulheres que deram à luz em hospitais de convênio ou particulares verbalizaram, com maior frequência, 84,4% e 77,8% respectivamente, terem precisado de apoio do profissional para amamentar. Estes hospitais foram os que tiveram maior frequência de parto cesárea e não são credenciados como 'Hospital Amigo da Criança'.

As mulheres submetidas ao parto fórceps ou cesárea foram as que verbalizaram, com maior frequência, 81,3% e 72,2%, respectivamente, ter precisado de apoio durante a internação.

§ *Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito) - se sentir segura com relação à amamentação*

Uma expressão significativa das nutrízes mostra a necessidade destas sentirem-se seguras para amamentar após a alta.

As variáveis com significância estatística em relação a esse elemento foram a paridade ($p< 0,001$), o tipo de parto ($p= 0,022$), o peso da criança ao nascer ($p= 0,023$) e a situação de aleitamento ($p= 0,047$).

Observamos que as primíparas referiram com maior frequência (70,0%) insegurança para amamentar. Com relação ao tipo de parto, as mulheres que tiveram parto cesárea ou parto fórceps, relataram, com maior frequência, 21,1% e 100%, respectivamente, ter tido insegurança para amamentar. No que se refere ao peso da criança ao nascer, o sentimento de insegurança foi identificado com maior frequência nas falas daquelas cujos filhos nasceram com menos de 2.500 gramas ou maior que 3.500 gramas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar um volume de dados tão grande foi bastante complexo e trabalhoso. As entrevistas transcritas, por se tratarem de perguntas abertas, abriram um leque de possibilidades de análise e um grande número de expressões-chave o que, por um lado tornou o trabalho mais rico; por outro, dificultou a análise e a apreensão das ideias centrais, dentro da proposta de classificação de necessidades de saúde, segundo a taxonomia adotada no estudo. A análise que foi possível de ser realizada, apontou aspectos interessantes com relação às necessidades de saúde da mulher durante o período em que ela está amamentando.

Os resultados alcançados pelo estudo colaboraram para ratificar a importância de o sistema de saúde trabalhar não só com a mulher e a criança, mas também com seu entorno social, trazendo a família para participar do processo de amamentação, para que ela possa suprir a necessidade de apoio instrumental e afetivo da nutriz, pois percebemos que nem todos os problemas transformaram-se em demandas para o serviço de saúde, visto que são resolvidos dentro de suas relações sociais, na maioria das vezes, na relação familiar.

Levar o serviço de saúde para a comunidade e a realidade da mulher, também, foi apontado como uma forma de não só facilitar o acesso à informação e ao atendimento de saúde, mas, sobretudo, como uma maneira do serviço de saúde conhecer a realidade na qual a mulher vive, seu modo de vida, suas relações sociais e seu ambiente e, com isso, conseguir remodelar e adaptar a assistência prestada, não se atendo ao discurso idealista e utópico para a realidade daquela mulher.

Foi apreendido também que este seguimento deve ser iniciado o mais precoce possível, pois os problemas do período de adaptação no lar e as intercorrências da amamentação, geralmente, ocorrem na primeira semana após o nascimento da criança, podendo transformar-se em razões para o abandono da amamentação exclusiva.

Individualizar a assistência também foi apreendida, como parte fundamental no que se refere ao aleitamento materno, com seguimento do processo da amamentação muito próximo a cada mulher, pois cada qual traz anseios e histórias pregressas distintas, tem uma relação familiar única e

expectativas diferentes. Nesse aspecto, investigar o querer amamentar, as condições físicas e psicológicas da mulher, as dificuldades encontradas, as possibilidades de apoio em seu entorno social, as condições do ambiente em que vive, poderiam contribuir para o planejamento da assistência em aleitamento, desde o período gestacional, incluindo o período de parto e pós-parto.

O acesso às tecnologias de saúde, desde as orientações do profissional, a transmissão de conhecimentos, o uso de métodos e instrumentos para superar as dificuldades e as intercorrências da amamentação, foi bastante verbalizado por essas mulheres.

Desse modo, cabe ao sistema de saúde facilitar o acesso a essas tecnologias, pois as dificuldades da amamentação nem sempre geram demandas aos serviços, acarretando adoção de práticas, às vezes, inadequadas para a resolução de intercorrências. Assim, é importante, para a manutenção do aleitamento materno, ter um serviço de referência à mulher e à criança de fácil acesso, com disponibilidade para resolver problemas imediatos, na medida que estes vão surgindo no decorrer da prática de amamentar.

Dessa forma, o investimento em grupos de apoio à amamentação, tanto nas unidades básicas de saúde como nos hospitais de referência poderiam ser pensados como uma estratégia, bem como a disponibilização de atendimentos por telefone, o que facilitaria o acesso à informação de uma maneira mais imediata.

Nesse aspecto, ter um vínculo com o profissional ou equipe de saúde pode ser uma ferramenta valiosa à mulher na procura pelo serviço de saúde para a satisfação de suas necessidades no processo da amamentação, desvinculando o serviço de saúde do papel de atender apenas as demandas, bem como o profissional de saúde criar um vínculo com a nutriz e buscar identificar suas necessidades de saúde para o sucesso do aleitamento materno.

O apoio instrumental e afetivo do profissional de saúde, no que concerne à superação das dificuldades do início da amamentação, traduzindo-se em ajuda prática para amamentar e o incentivo para a

superação das dificuldades iniciais, na instalação do aleitamento materno, também, foram bastante valorizados pelas mulheres.

Os resultados apontaram para a importância da assistência sistematizada na área do aleitamento materno, durante a internação, justificando assim maiores investimentos em políticas de saúde para a promoção, proteção e apoio a essa prática, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

O conhecimento adquirido sobre os benefícios da amamentação, para a mãe e à criança, foi abordado pelas mulheres como um dos pilares para a manutenção dessa prática, sobretudo ante as dificuldades e obstáculos encontrados no período. Nesse aspecto, as orientações dos profissionais de saúde, a divulgação pelos meios de comunicação, investimentos em campanhas de divulgação para promoção do aleitamento materno são meios que podem ser melhor explorados pelo sistema de saúde.

A orientação como ferramenta para instrumentalizar a mulher com as habilidades técnicas para amamentar e o conhecimento teórico necessário para adquirir uma autonomia e segurança para a manutenção da amamentação foram valorizados pelas mulheres deste estudo. Para algumas, a estratégia de adotar o Sistema Alojamento Conjunto nas maternidades torna-se um facilitador para que a mulher receba a orientação.

...igual lá, não tem alojamento conjunto que nem no hospital. Lá não tem, na hora das mamadas é eles que trazem né? As crianças nos quartos pra mamar, e não falaram nada. Não recebi orientação sobre mamar, não. Só trazia pra dar mamar e falava depois, na hora que eles voltavam pra buscar. Eles perguntavam “deu mamar, a criança mamou?” (E 134)

No entanto, para orientar é preciso que o receptor da informação esteja apto para recebê-la, condição essencial para que o processo de comunicação seja satisfatório e cumpra os objetivos propostos. Sendo assim o profissional de saúde pode até cumprir seu papel de orientar e incentivar, mas a decisão de seguir as orientações e manter o aleitamento é da própria mãe.

... acho que ajuda a pessoa falar, mas se a pessoa não quer de coração, ela não escuta, mostrar os benefícios que tem pra ver se ajuda, se incentiva mais, porque se a pessoa não quiser, é difícil mesmo. Se a mulher quiser é mais fácil, quanto mais informação é melhor, principalmente, na maternidade... (E 167)

É importante também que o profissional de saúde considere a realidade materna e que respeite os motivos e as decisões tomadas pela mulher, que podem não estar em consonância com as recomendações vigentes pelas políticas de saúde, de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida da criança.

... acho que orientar, né? Apesar que não interferiram em nada... ela falou “olha, eu não posso interferir porque é a sua vida, você tem que ver como que tá o dia a dia da sua vida”, então acho que é isso, eu tô criando ele do jeito que eu posso, não posso chegar aqui e a médica falar “não, você vai parar”, não adianta, eu continuo, porque eu tenho que ver o que é melhor pra mim e pra ele, eu sei que isso não é bom, eu sei que é errado, a mamadeira, é errado entrar com o leite, mas é a correria do dia a dia mesmo, que me levou a isso. (E 126)

Neste estudo, foi evidenciado que ainda há falta de um apoio estrutural às mulheres trabalhadoras, no que diz respeito à existência de creches, locais para ordenha e armazenamento de leite e de apoio instrumental dos profissionais de saúde no que diz respeito à orientação quanto aos procedimentos de ordenha, acondicionamento e uso do leite ordenhado, apontando, tanto para a necessidade de uma maior fiscalização dos cumprimentos dos direitos trabalhistas como para melhor preparo dos profissionais para apoio a essa necessidade.

No presente estudo, trouxe-nos satisfação observar que a figura do profissional de enfermagem foi bastante presente nos depoimentos das participantes, como o profissional que, dentre outros, colaborou no atendimento às suas necessidades de saúde, durante o processo da amamentação. Muitas vezes, observamos que as pequenas coisas, como por exemplo, uma simples orientação de procurar conciliar o sono com o ritmo de sono e vigília da criança foi valorizada pelas mulheres e contribuiu para a resolução de um problema e a satisfação de uma necessidade.

É importante valorizarmos cada oportunidade de contato com a nutriz para escutar, realmente escutar o que ela nos traz, tendo sempre como objetivo buscar apreender as suas reais necessidades e procurar atendê-las, na medida do possível. Como retratado nos achados do estudo, a atuação da enfermagem abre-se em um leque de possibilidades, desde a assistência pré-natal, como durante a internação hospitalar, no seguimento após a alta nos serviços de saúde e nas visitas domiciliares. É preciso sobretudo, estar comprometido em assistir essas mulheres no atendimento de suas necessidades de saúde no processo de amamentação, possibilitando o sucesso dessa prática. Dessa forma, a mulher sente-se plena e realizada, pois, para ela, a amamentação faz parte da vivência da maternidade.

Foi uma coisa assim... única e só minha, que ninguém pode tirar... ele aceitou super bem o meu peito, mama super bem, então... é uma dádiva que Deus te deu que ninguém pode tirar isso de você... Eu não tenho nem palavras pra isso, só de você pensar que um serzinho pequeno precisa do leite seu e se você não der aquilo, que é essencial pra ele naquele momento, sabe?...Você gerou 9 meses um bebê na barriga e mesmo ele nascendo, ele ainda precisa de você na parte de amamentação, porque precisa se alimentar daquilo. Nossa, é uma coisa assim linda, não tem nem o que falar... fico e fiquei emocionada... é uma coisa bonita que é só nossa mesmo, só a mulher pode passar por isso. (E 064)

Apesar das limitações apontadas neste estudo, esperamos que os resultados observados possam colaborar para melhorar a assistência em aleitamento materno. A existência de poucos trabalhos nessa perspectiva de análise das necessidades de saúde dificultou a categorização e discussão dos dados encontrados, surgindo inúmeras dúvidas no decorrer da pesquisa. Os principais resultados foram apresentados, porém há ainda um rico material que não foi explorado neste estudo, por restrição do tempo disponível para finalizar a pesquisa, abrindo um leque de oportunidades para futuras investigações.

Como as necessidades de saúde foram apreendidas a partir dos depoimentos espontâneos da experiência de amamentar das mulheres, não foi possível, ao se realizar o tratamento estatístico, relacionar cada necessidade com a totalidade de mulheres participantes.

Não se descarta a possibilidade de, a partir das necessidades de saúde levantadas neste estudo, realizar outra pesquisa, com questões mais direcionadas e objetivas, buscando verificar a relação das necessidades de saúde com as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e a situação de aleitamento, com a totalidade da amostra.

Outro aspecto a ser enriquecido com novas investigações, seria a de replicar o estudo em outras localidades, com mulheres com histórias de vida diferentes, em outro contexto sociocultural e com ofertas de serviços de saúde distintas. Cabe lembrar que a região onde foi realizado o estudo, comporta dois hospitais que são certificados como Hospitais Amigos da Criança, e a Unidade Básica de Saúde, local do estudo, têm uma filosofia de assistência voltada à promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno. Seria interessante poder comparar os resultados encontrados em outras regiões da cidade de São Paulo ou, até mesmo, em outras cidades do País.

Finalmente, consideramos que os resultados apresentados aqui neste estudo, representam um caminho para o aprimoramento de investigações sobre as necessidades de nutrizes que compreendam a expressão de seu bem-estar físico, mas que nos levem também a descobrir o conjunto complexo de condicionantes do sucesso do aleitamento materno como uma experiência plena e de fato possível de ser praticada pela maioria de mulheres que assim o desejam.

REFERÊNCIAS

Abdulwadud AO, Snow ME. Interventions in the workplace to support breastfeeding for women in employment (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2008. Oxford: Update Software.

Abrão ACFV, Pinelli FGS. Prática de enfermagem no aleitamento materno. In: Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca; 2002. p. 332-70.

Albernaz E, Araújo CL, Tomasi E, Mintem G, Giugliani E, Matijasevich A, et al. Influência do apoio à amamentação nas tendências das taxas de aleitamento materno da cidade de Pelotas (RS), 1982-2004. J Pediatr (Rio J). 2008;84(6): 560-4.

Almeida MS. Indicadores de gênero para a assistência à mulher no período puerperal [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

Almeida JAG, Gomes R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rev Lat Am Enferm. 1998;6(3):71-6.

Aragaki IMM. Avaliação e percepção de nutrizes acerca de sua qualidade de vida [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Aragaki IMM, Silva IA, Santos JLF. Traço e estado de ansiedade de nutrizes com indicadores de hipogalactia e nutrizes com galactia normal. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(3):396-403.

Bergamaschi SFF, Praça NS. Vivência da puérpera-adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(3):454-60.

Berquó ES, Souza JMP, Gotlieb SLD. Bioestatística. São Paulo: EPU; 1980.

Bez Júnior A. As necessidades de saúde e a prática de enfermagem no âmbito da extra-internação: revisitando os significados em saúde coletiva [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Borges ALV, Philippi ST. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. Rev Lat Am Enferm. 2003;11(3):287-92.

Bradshaw J. The concept of social need. In: Gilbert N, Specht H. Planning for social welfare, issues, models and tasks. New Jersey: Prentice Hall; 1977. p. 290-6.

Bradshaw J. The conceptualization and measurement of need: a social policy perspective. In: Popay J, Williams G, editors. Researching the people's health. London: Routledge; 1994. p. 45-57.

Brasil. Lei n. 10421, de 15 de abril de 2002. Estende à mãe adotiva o direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 [legislação na Internet]. Brasília; 2002a. [citado 2005 out. 20]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2002/L10421.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília; 2002b. (Série A: Normas e Manuais Técnicos, n.107).

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações [texto na Internet]. Brasília; 2002c [citado 2008 dez. 20]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/informacao.asp>

Brasil. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores de morbidade e fatores de risco, Brasil 2003 [texto na Internet]. Brasília; 2003. [citado 2005 out. 20]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/ripsa>

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Destaque: Brasil tem uma das maiores taxas de cesariana na saúde suplementar [texto na Internet]. Brasília; 2006a [citado 2009 jan. 11]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/img/bg_aans_1.jpg...

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Demografia e Saúde. [periódico na Internet] 2006b [citado 2009 jan. 11] Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/img/PNDSNacionaleditada.pdf>

Brasil. Lei n. 11.770, de 09 de setembro de 2008. Cria o programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei n. 8.212, de 24 de julho de 1991. [legislação na Internet]. Brasília; 2008a. [citado 2009 jan. 11]. Disponível em: <http://www.in.gov.br>

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e dados básicos para a saúde no Brasil (IDB) [texto na Internet]. Brasília; 2008b [citado 2009 jan. 11]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/capituloB.pdf>

Brito RS, Oliveira EMF. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;27(2):193-202.

Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2008. Oxford: Update Software.

Carvalhaes MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr.* 2003;79(1):13-20.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p. 113-26.

Cecílio LCO. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.

Cecílio LCO, Lima MHJ. Necessidades de saúde das pessoas como eixo para a integração de equipes e a humanização do atendimento na rede básica. In: Pimenta AL, organizadora. *Saúde e humanização: a experiência de Chapecó*. São Paulo: Hucitec; 2000. p.159-82.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996;4(2 Supl):15-25.

Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(4):181-8.

Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2008. Oxford: Update Software.

Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S, et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2002;2(3):253-61.

França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(5):711-8.

Frota DAL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(1):85-92.

Gay CL, Lee KA, Lee SY. Sleep patterns and fatigue in new mothers and fathers. *Biol Res Nurs.* 2004;5(4):311-8.

Giugliani ERJ. Amamentação: como e por que promover. *J Pediatr (Rio J)*. 1994;70(3):138-51.

Giugliani ERJ. Falta embasamento científico no tratamento dos traumas mamilares. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(3):197-8.

Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Supl):147-54.

Godoy MTH, Bouttelet D. Repensando o cuidado à mulher que amamenta. *Rev Bras Cresc Desenv Hum*. 2004;14(1):68-74.

Graffy J, Taylor J. What information, advice, and support do women want with breastfeeding? *Birth*. 2005;32(3):179-86.

Heller A, Fehér F. A condição política pós-moderna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1998.

Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT, Zinaman M. Psychological distress and milk volume in lactating mothers. *West J Nurs Res*. 2005;27(6):676-93.

Hollanda TC. A percepção de enfermeiras de um hospital de ensino na implantação de uma proposta assistencial como um componente de avaliação em saúde [monografia conclusão de curso]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2008. Oxford: Update Software.

Laurenti R, Mello Jorge MHP, Lebrão ML, Gotlieb SLD. Estatísticas de saúde. 2^a ed. São Paulo: EPU; 2005. Indicadores de Saúde; p. 189-214.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2^a ed. Caxias do Sul: EDUCS; 2005.

Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):12-7.

Mandu EM, Almeida MCP. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 1999;52(1):54-66.

Martins Filho J. Obstáculos à amamentação. In: Neme B. *Obstetrícia básica*. 2^a ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 245-50.

Maslow AH. *Motivation and personality*. 2nd ed. New York: Harper & Row Publishers; 1970.

Mass S. Breast pain: engorgement, nipple pain and mastitis. *Clin Obstet Gynecol*. 2004;47(3):676-82.

Matsumoto NF. A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Matumoto S, Mishima SM, Pinto IO. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(1):233-41.

Melleiro MM, Sá MBSR, Costa MTZ. Seguimento de um grupo de mães que utilizaram o Sistema Alojamento Conjunto (SAC): manutenção do aleitamento materno. *Pediatria (São Paulo)*. 1997;19(1):81-6.

Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA, Oliveira PCP. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 113-50.

Mezzacappa MAMS, Mezzacappa Filho F. Lactação: fisiologia e assistência. In: Neme B. *Obstetrícia básica*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 238-44.

Monteiro JCS, Gomes FA, Nakano MAS. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(4):427-32.

Morland-Schultz K, Hill PD. Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005(34):428-37.

Müller FS. Representações sociais de um grupo de nutrizes sobre o apoio no processo de amamentação [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Nakano AMS. O aleitamento materno no cotidiano feminino [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1996.

Nakano MAS, Mamede MV. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. *Rev Lat Am Enferm*. 1999;7(3):69-76.

Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Supl):163-72.

Neifert M. Breastmilk transfer: positionig, latch-on, and screening for problems in milk transfer. *Clin Obstet Gynecol*. 2004;47(3):656-75.

Oliveira DC. A categoria necessidades nas teorias de enfermagem: recuperando um conceito. *Rev Enferm UERJ*. 2002;10(1):47-52.

Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1901-10.

Organización Mundial de la Salud (OMS). El embarazo y el aborto en la adolescencia. Ginebra; 1975. (Serie de Informes Tecnicos, 583).

Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño [texto na Internet]. Ginebra; 2003. [citado 2005 out. 23]. Disponível em: http://www.who.int/nut/documents/gs_infant_feeding_text_spa.pdf

Organização Mundial da Saúde (OMS). Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. Genebra; 1981.

Osis MJD, Duarte GA, Padua KS, Hardy E, Sandoval LEM, Bento SF. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. *Rev Saúde Pública* 2004; 38 (2): 172-9.

Parada CMG, Carvalhaes MABL, Winckler CC, Winkler LA, Winkler VC. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo Programa de Saúde da Família - PSF. *Rev Lat Am Enferm*. 2005;13(3):407-14.

Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson Salud y Gestión; 1987.

Quillin SIM, Glenn LL. Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33(5):580-8.

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

Rea MF, Venâncio SI, Batista LE, Santos RG, Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(2):149-56.

Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Rev Assoc Med Bras*. 2007a;53(6):520-4.

Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Tendência do aleitamento no Brasil no último quarto do século XX. *Rev Bras Epidemiol*. 2007b;10 (4):499-505.

Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Rev Lat Am Enferm*. 2004;12(4):597-605.

Shimoda GT. Lesão de papila mamária: características, frequência e fatores presentes na ocorrência desta intercorrência em um grupo de nutrízes internadas em sistema alojamento conjunto [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

Shimoda GT, Aragaki IMM, Bianco C, Lambert ACS. Formas alternativas para o cuidado da lesão de papila mamária. In: *Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 1996 out. 6-11; São Paulo, BR. São Paulo: ABEn-Seção SP; 1996.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto, programas e ações na unidade básica*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.

Silva IA. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe; 1997.

Silva IA. Construindo perspectivas para a assistência em amamentação: um processo interacional [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Silva IA. Enfermagem em aleitamento materno: combinando práticas seculares. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(4):362-9.

Silva IA, Utiyama SK. Situação de amamentação entre mulheres trabalhadoras e alunas de graduação e pós-graduação de uma Universidade Pública. *Acta Scient Health Scienc*. 2003;25(2):215-25.

Silva RV. A vivência das mães de recém-nascidos prematuros no processo de manutenção da lactação e amamentação durante o período de internação de seus filhos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Silveira MF, Santos IS, Barroa AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):957-64.

Stotz EM. Necessidade de saúde mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde) [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1991.

Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2):141-7.

Thomas KA, Foreman SW. Infant sleep and feeding pattern: effects on maternal sleep. *J Midwifery Womens Health*. 2005;50(5):399-404.

Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(5):409-14.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):190-8.

Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 1990;24(6):445-52.

Vasconcellos JV. Baixa produção de leite. In: Rego JD. *Aleitamento materno*. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 245-53.

Vianna RPT, Rea MF, Venancio SI, Escuder MM. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(10):2403-09.

Vieira GO, Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Santana Netto PV. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004;4(2):143-50.

Vitolo MR, Benetti SPC, Bortolini GA, Graeff A, Drachler ML. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. *Rev Psiquiatr*. 2007;29(1):28-34.

Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *Br Med J*. 1998;316(7140):1310-4.

World Health Organization (WHO). UNICEF. Protecting, promoting and supporting breast-feeding. Geneva; 1989.

World Health Organization (WHO). Indicators for assessing breastfeeding practices. Update. Programme for Control Diarrhoeal of Diseases. Geneva; 1992.

Zorzi NT, Bonilha ALL. Práticas utilizadas pelas puérperas nos problemas mamários. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(4):521-6.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é _____, sou aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A senhora está sendo convidada a participar de um estudo que se chama “**Avaliação da qualidade de vida de nutrízes**”.

Buscamos com este estudo compreender o que as mulheres entendem ou consideram por qualidade de vida e necessidade de saúde durante a amamentação. Também, conhecer a avaliação que elas fazem de sua qualidade de vida nesse período e se existem diferenças da qualidade de vida e das necessidades de saúde, entre as mulheres, que dependa do seu modo de vida, da idade, do número de filhos. Procuraremos também conhecer se a qualidade de vida e as necessidades de saúde percebida pelas mulheres estão relacionadas com o tempo que a mulher consegue amamentar.

Com estes resultados, procuraremos colaborar para que os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, entre outros), possam melhorar a assistência à mulher que amamenta e ao seu filho.

Se a senhora concordar em participar do estudo, irá responder a algumas perguntas, e a conversa será gravada com um gravador digital, se a senhora permitir, para que nenhuma informação seja perdida. O tempo da conversa pode variar, e o material gravado ficará sob nossa responsabilidade, podendo a senhora pedi-lo quando quiser.

O nome da senhora será mantido em segredo e os resultados deste estudo só serão usados para fins científicos, sem qualquer ganho pessoal ou econômico da pesquisadora.

Participar da pesquisa não trará nenhum risco à senhora ou ao seu filho. A senhora poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, e não haverá nenhum tipo de prejuízo ou mudança na assistência recebida nesse serviço de saúde.

Se precisar entrar em contato, meu telefone é 3091-9488 ou 3091-9411.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e do Centro de Saúde Escola Professor Samuel Barnsley Pessoa. Se desejar, a senhora pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP pelo telefone 3726-3305.

Eu, _____, fui esclarecida sobre o estudo, estou ciente dos objetivos e finalidades da pesquisa, satisfeita com as respostas às minhas dúvidas e desejo voluntariamente participar do estudo.

Participante do estudo

Responsável (se menor)

Pesquisadora

Obs.: Caso a participante do estudo tenha dificuldade para ler ou escrever, poderá solicitar uma testemunha para a leitura e assinatura do termo.

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Gilcéria Tochika Shimoda, sou aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A senhora está sendo convidada a participar de um estudo que se chama “**Necessidades de Saúde e Aleitamento Materno**”.

Buscamos com este estudo conhecer quais são as necessidades de saúde das mulheres durante a amamentação, se existem diferenças dessas necessidades entre as mulheres, dependendo do modo de vida, da idade e do número de filhos. Procuraremos também conhecer se as necessidades de saúde estão relacionadas ou não com o tempo que a mulher consegue amamentar.

Com estes resultados, procuraremos colaborar para que os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, entre outros), possam melhorar a assistência à mulher que amamenta e ao seu filho.

Se a senhora concordar em participar do estudo, irá responder a algumas perguntas, e a conversa será gravada com um gravador digital, se a senhora permitir, para que nenhuma informação seja perdida. O tempo da conversa pode variar, e o material gravado ficará sob minha responsabilidade, podendo a senhora pedi-lo quando quiser.

O nome da senhora será mantido em segredo e os resultados deste estudo só serão usados para fins científicos, sem qualquer ganho pessoal ou econômico da pesquisadora.

Participar da pesquisa não trará nenhum risco à senhora ou ao seu filho. A senhora poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, e não haverá nenhum tipo de prejuízo ou mudança na assistência recebida nesse serviço de saúde.

Se precisar entrar em contato, meu telefone é 3091-9488 ou 3091-9411.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e do Centro de Saúde Escola Professor Samuel Barnsley Pessoa. Se desejar, a senhora pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP pelo telefone 3726-3305.

Eu, _____, fui esclarecida sobre o estudo, estou ciente dos objetivos e finalidades da pesquisa, satisfeita com as respostas às minhas dúvidas e desejo voluntariamente participar do estudo.

Participante do estudo

Responsável (se menor)

Pesquisadora

Obs.: Caso a participante do estudo tenha dificuldade para ler ou escrever, poderá solicitar uma testemunha para a leitura e assinatura do termo.

APÊNDICE 3 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Instrumento de coleta de dados

PARTE 1

Data: ____/____/____

N.º: ____

A - Identificação materna

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone (contato): _____

Data de nascimento: ____/____/____ Escolaridade (em anos): ____

Trabalha? () Sim () Não

Tem direito a licença-maternidade? () Sim () Não

Ocupação: _____

B - História obstétrica

Gestação: ____ Paridade: ____ N.º de filhos vivos: ____

C - Desempenho de amamentação atual

1. A senhora amamenta seu filho? Sim () Não ()

2. Se sim*: AE () AP () ou AM ()

3. Para AP () ou AM () ou Desmame (): até quando a criança mamou só no peito? (Registrar em meses completos e dias.)

4. Para desmame : Até quando a criança mamou ? (Registrar em meses completos e dias.)

D - Dados sobre a criança

5. Nome da criança: _____

6. Parto da criança:

Normal 1 () Cesárea 2 () Fórcepe 3 ()

* Aleitamento exclusivo (AE); Aleitamento predominante (AP); Aleitamento materno (AM).

7. Data de nascimento da criança: ____/____/____

8. Sexo da criança: Masculino 1 () Feminino 2 ()

9. Peso da criança ao nascer: _____ gramas

10. Criança prematura? Sim 1 () Não 2 ()

11. Onde a senhora fez consulta de pré-natal durante a gravidez da criança?

Hospital público 1 () Hospital privado 2 () Centro ou posto de saúde 3 ()

Médico particular 4 () Médico de convênio 5 ()

Outro 6 ()

Qual? _____

12. Se fez, em que mês da gravidez iniciou as consultas de pré-natal da criança?

(Registre em semanas)

13. Onde a criança nasceu?

Hospital particular 1 () Hospital de convênio 2 () Hospital público 3 ()

Outro 4 ()

Qual? _____

E - Estilo de vida

14. Atualmente a senhora vive:

Com companheiro 1 () Sem companheiro 2 () Viúva 3 ()

15. Qual a renda familiar mensal em reais?

PARTE 2**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA
(WHOQOL – BREF)**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando com referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se recebeu “muito” apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	<u>4</u>	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

Após você circular a sua resposta, responda o por quê desta resposta.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número o que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo(a)?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Você tem algum comentário sobre o questionário?

Agora, se você estiver disposta, vou perguntar-lhe sobre as razões que a levaram a assinalar as respostas deste questionário e gravá-las. Vamos começar pela primeira, se você concordar: “Como você avalia a sua qualidade de vida?”, Você respondeu _____, poderia me falar sobre isso?

Assim, seguirão as perguntas que buscarão explorar em profundidade cada uma das questões abordadas neste formulário. A seguir, serão realizadas as duas perguntas norteadoras sobre o tema do estudo:

- “O que é qualidade de vida para você?”
- “O que você tem a dizer sobre a sua qualidade de vida enquanto está amamentando o(a) seu(ua) filho(a)?”

PARTE 3

Entrevista referente ao subprojeto Necessidades de Saúde - questões norteadoras

- **“Como tem sido para a senhora, essa experiência de amamentar seu filho, desde o nascimento até agora?”**

As questões de aprofundamento da entrevista versarão sobre:

- sua experiência em amamentar durante a internação na maternidade e as condições de amamentação na ocasião da alta;
- experiência de amamentar no retorno ao lar até o momento atual;
- aspectos relacionados ao acesso/acolhimento/resolutividade na ocasião da procura pelos serviços de saúde após a alta;
- percepção de necessidade de saúde enquanto amamenta.

- **“O que a senhora acha que é necessário para que a mãe consiga amamentar o seu filho?”**
- **“O que a senhora acha que é necessário um profissional de saúde fazer para que a mãe consiga amamentar o seu filho?”**

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone: 3061-7548 - Fax: 3061-7548
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 26 de fevereiro de 2007.

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª Isilia Aparecida Silva

Ref.: Processo nº 614/2007/CEP-EEUSP

Prezado Senhor:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "A INTERFACE DA PERFORMANCE DE AMAMENTAÇÃO, CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS E SOCIAIS DE MÃES/NUTRIZES E SUAS NECESSIDADES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para, serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Recel
Isilia L
12/03/2007