

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

**JULIANA DE JESUS SOUZA SILVA**

**“A GENTE TEM QUE ENTENDER QUE ALGUMAS VEZES NÃO DÁ  
CERTO E PRONTO! É POR ISSO QUE A MÃE AMA MENOS? NÃO, NÃO  
É POR ISSO!”: NARRATIVAS MATEERNAS DA VIVÊNCIA DO  
DESMAME PRECOCE**

Alfenas/MG

2018

**JULIANA DE JESUS SOUZA SILVA**

**“A GENTE TEM QUE ENTENDER QUE ALGUMAS VEZES NÃO DÁ  
CERTO E PRONTO! É POR ISSO QUE A MÃE AMA MENOS? NÃO, NÃO  
É POR ISSO!”: NARRATIVAS MATERNAS DA VIVÊNCIA DO  
DESMAME PRECOCE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas-MG, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Programa:** Mestrado em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Saúde Materno-infantil.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Patrícia Mônica Ribeiro.

**Coorientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Patrícia Scotini Freitas.

Alfenas/MG

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas  
Biblioteca Central – Campus Sede

S586g Silva, Juliana de Jesus Souza.  
“A gente tem que entender que algumas vezes não dá certo e pronto! é por isso que a mãe ama menos? Não, não é por isso!”: narrativas maternas da vivência do desmame precoce / Juliana de Jesus Souza Silva. – Alfenas-MG, 2018.  
135 f.: il. --  
  
Orientadora: Patrícia Mônica Ribeiro.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Universidade Federal de Alfenas, 2018.  
Bibliografia.  
  
1. Desmame. 2. Aleitamento Materno. 3. Enfermagem. I. Ribeiro, Patrícia Mônica. II. Título.  
  
CDD-610.73

**JULIANA DE JESUS SOUZA SILVA**

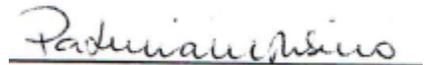
**“A GENTE TEM QUE ENTENDER QUE ALGUMAS VEZES NÃO DÁ CERTO E PRONTO! É POR ISSO QUE A MÃE AMA MENOS? NÃO, NÃO É POR ISSO!”:  
NARRATIVAS MATEERNAS DA VIVÊNCIA DO DESMAME PRECOCE**

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas-MG, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 11/11/2018.

Profa. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro

Assinatura:



Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá

Assinatura:



Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Marta Gouveia de Oliveira Rovai

Assinatura:



Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Dedico a todas as mães que são verdadeiras guerreiras na missão de criar seus filhos e, em especial, às mães colaboradoras que compartilharam suas histórias.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por seu infinito amor que em tudo me fortalece e me abençoa.

Ao meu esposo Pedro, que sempre está presente em todas as etapas da minha vida me apoiando incondicionalmente. Obrigada por ser meu grande companheiro, minhas vitórias só são possíveis porque tenho você ao meu lado.

À minha família, base para realização de todos os meus sonhos. À minha mãe, meu grande exemplo de mulher/mãe, a meu pai, fiel amigo de todas as horas, a minha irmã, agora meu mais novo exemplo de mãe e a minha linda afilhadinha que trouxe alegria para toda a família.

À Professora Dra. Patrícia Mônica Ribeiro, minha orientadora, sem palavras para agradecer toda dedicação, paciência, alto nível de conhecimentos transmitidos e confiança depositada na realização desse trabalho. Obrigada mesmo por todo cuidado comigo nesta etapa.

A minha co-orientadora Professora Dra. Patrícia Scotini Freitas, pela participação e sugestões oferecidas na realização desse trabalho.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas-MG, pela oportunidade oferecida.

Enfim, agradeço a todos que compartilharam da minha caminhada e que estiveram presentes durante a realização deste estudo.

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é  
senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria  
menor se lhe faltasse uma gota”.*

*(Sta. Madre Teresa de Calcutá, 19--)*

## RESUMO

O leite materno é um alimento completo capaz de suprir todas as necessidades do lactente nos primeiros meses de vida. Traz inúmeros benefícios tanto para mãe quanto para o bebê e é uma das principais estratégias para redução da morbimortalidade infantil. Porém, as taxas de amamentação ainda estão abaixo dos níveis recomendados. Portanto, é indispensável que se construa um novo olhar sobre o aleitamento materno que valorize sua vivência na realidade social, cultural e econômica do binômio mãe e filho. Nessa perspectiva, teve-se como objetivo descrever a vivência materna do desmame precoce e compreender essa vivência por meio de relatos orais de mães. Trata-se de um estudo qualitativo de história oral temática. O estudo foi realizado em um Ambulatório de Saúde no Sul de Minas Gerais. As colaboradoras foram seis mães que desmamaram seus filhos antes do sexto mês de vida. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e de notas do caderno de campo, com as questões norteadoras: Conte-me como foi sua vivência no processo de amamentação de seu (a) filho (a). Mudou alguma coisa? O que você fez frente a essa mudança? O período de coleta de dados foi de agosto de 2017 a março de 2018. As narrativas transcritas a partir das entrevistas foram categorizadas num processo que requereu sistematização dos dados. A leitura das narrativas evidenciou o movimento das falas que entrelaçaram os tons vitais, os conceitos e as atitudes das colaboradoras. Para a análise dos dados, foi empregado o método de Análise de Conteúdo a partir da qual emergiram cinco categorias: 1. Des/conhecimento das Mães sobre Aleitamento Materno, o qual engloba as subcategorias: Conhecimento da nutriz sobre aleitamento materno; Percepção materna da facilidade de amamentar e Benefícios do aleitamento materno na visão da mãe; 2. Vivência Materna na Amamentação, com as subcategorias: Experiência prévia em amamentação; Tentativa para manter o aleitamento materno; 3. Assistência de Saúde no Processo de Amamentação, com as subcategorias: Preparo no Pré-natal; Assistência dos profissionais de saúde; 4. Sentimento Materno no Processo Amamentar/desmamar, englobando as subcategorias: Sentimentos das mães na amamentação; Sentimento das mães com a interrupção da amamentação; Inconformidade com o desmame; Consequências do desmame na visão da mãe; 5. Vivência do Desmame Precoce com as subcategorias: Retorno da mulher ao trabalho; A influência do uso de artifícios; Introdução de outros alimentos; Influência cultural popular; Apoio

familiar; Ausência e/ou presença de afecções nas mamas; Dificuldade na amamentação; Motivos relacionados ao bebê: visão das mães. As mães vivenciam a amamentação com prazer, sendo um momento de troca de carinhos, porém esse período é cercado de incertezas e de inseguranças que aumentam com as interferências culturais e com as crenças que não valorizam o leite materno. A assistência de enfermagem é fundamental para apoiar a tríade mãe-filho-família no processo de amamentação, desde a gravidez até o puerpério, intervindo na individualidade de cada um.

**Palavras-chave:** Desmame Precoce. Aleitamento Materno. Enfermagem.

## ABSTRACT

Mother's milk is a complete food, able to supply all infant's necessities in the first months of life. It brings a lot of benefits to the mother, and to the baby as well. It is one of the main strategies to reduce the child mortality. However, the breastfeeding rates are lower than the recommended. So, it's absolutely necessary to build a new vision about the breastfeeding, that values its experience in the social, cultural and economic reality of the binomial mother and child. In this perspective, it aims to describe the mother's vivency of the early weaning and to comprehend this by the oral relacts. It is a qualitative study of thematic oral history. This study was made in a Minas Gerais' Health Ambulatory. The collaborators were six moms that stop to breastfeed their sons before the sixth month of life. The collect of data was made by semi structured interviews and field notebook's notes, with the following questions: Tell me how was your life during the breastfeeding process? Was there any change? What did you made front of this change? The data were collected by august 2017 to march 2018. The relacts were classificated in a process the has required data systematization. The interpretation of the narratives shows the speaking's movement that has intertwine the vitals tons, the concepts and the attitude of the collaborators. To analyze the data, the Content Analysis method was used, in which five categories emerged: 1. Mothers ' lack of knowledge about Breastfeeding, which includes the subcategories: knowledge about breastfeeding; maternal perception of ease of breastfeeding; and benefits of breastfeeding in the mother's view; 2. Maternal Experience in Breastfeeding, with subcategories: previous experience in breastfeeding; attempt to maintain breastfeeding; 3. Health care in the Breastfeeding Process, with subcategories: Prenatal Care; Assistance of health professionals; 4. Maternal Sentiment in the Breastfeeding / Weaning Process, encompassing the subcategories: Mother's feelings in breastfeeding; Feeling of mothers with interruption of breastfeeding; Non-compliance with weaning; Consequences of weaning in the mother's vision; 5. Early Weaning experience with subcategories: Return of women to work; The influence of the use of devices; Introduction of other foods; Popular cultural influence; Family support; Absence and / or presence of affections in the breasts; Difficulty in breastfeeding; Reasons related to the baby: mothers' vision. Mothers experience breastfeeding with pleasure, being a moment of exchange of affection. However, this period is surrounded by uncertainties and insecurities, which increase

with cultural interferences and beliefs that do not value breast milk. Nursing care is essential to support the mother-child-family triad in the breastfeeding process, from pregnancy to puerperium, by intervening in the individuality of each.

**Passwords:** Early weaning. Breastfeeding. Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Categorias e subcategorias da vivência materna no desmame precoce, 2018 .....	<b>105</b>
<b>Figura 2</b> - Vivência materna do desmame precoce, 2018 .....	<b>109</b>
<b>Figura 3</b> - Assistência de enfermagem no aleitamento materno, 2018 .....	<b>111</b>

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 1</b> - Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças a termo e pré-termo e leite de vaca.....	<b>29</b>
---	-----------

## LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

<b>AME</b>	- Aleitamento Materno Exclusivo
<b>BLH</b>	- Banco de Leite Humano
<b>ESF</b>	- Estratégia de Saúde da Família
<b>IBGE</b>	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IHAC</b>	- Iniciativa Hospital Amigo da Criança
<b>MS</b>	- Ministério da Saúde
<b>NBCAL</b>	- Norma Brasileira de Comercializao de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
<b>NM</b>	- Notas Metodológicas
<b>NO</b>	- Notas de Observao
<b>NP</b>	- Notas Pessoais
<b>NT</b>	- Notas Teóricas
<b>OMS</b>	- Organizao Mundial da Saúde
<b>PNAN</b>	- Programa Nacional de Alimentao e Nutrio
<b>PNDS</b>	- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
<b>PNIAM</b>	- Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
<b>SUS</b>	- Sistema nico de Saúde
<b>UNICEF</b>	- Fundo das Nao Unidas para a Infância
<b>VD</b>	- Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>INTODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>23</b>
5.1	ALEITAMENTO MATERNO.....	23
5.1.1	Breve histórico do aleitamento materno .....	23
5.1.2	Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno.....	25
5.1.3	Leite humano.....	28
5.2	DESMAME PRECOCE.....	31
5.3	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO BINÔMIO NUTRIZ-BEBÊ .....	33
<b>6</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>36</b>
6.1	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	36
6.2	CENÁRIO.....	38
6.3	PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO.....	40
6.4	COLETA DE DADOS .....	40
6.5	ANÁLISE DE DADOS .....	43
6.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	45
6.7	RIGOR METODOLÓGICO.....	46
<b>7</b>	<b>AS HISTÓRIAS DA VIVÊNCIA MATERNA DO DESMAME PRECOCE.....</b>	<b>47</b>
<b>8</b>	<b>TRATAMENTO DOS DADOS .....</b>	<b>65</b>
8.1	DES/CONHECIMENTO DAS MÃES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO.....	66
8.1.1	Conhecimento da nutriz sobre aleitamento materno .....	67
8.1.2	Percepção materna da facilidade de amamentar.....	69
8.1.3	Benefícios do aleitamento materno na visão da mãe.....	70
8.2	VIVÊNCIA MATERNA DA AMAMENTAÇÃO.....	74
8.2.1	Experiência prévia em amamentação .....	74

8.2.2	Tentativa em manter a amamentação .....	76
8.3	ASSISTÊNCIA DE SAÚDE NO PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO .....	77
8.3.1	Preparo no pré-natal .....	77
8.3.2	Assistência dos profissionais de saúde .....	80
8.4	SENTIMENTO MATERNO NO PROCESSO AMAMENTAR/DESMAMAR .....	84
8.4.1	Sentimentos das mães na amamentação .....	84
8.4.2	Sentimento das mães com a interrupção da amamentação .....	86
8.4.3	Inconformidade com o desmame .....	89
8.4.4	Consequências do desmame na visão da mãe .....	89
8.5	VIVÊNCIA DO DESMAME PRECOCE.....	90
8.5.1	Retorno da mulher ao trabalho.....	91
8.5.2	A influência do uso de artifícios e a introdução de outros alimentos .....	93
8.5.3	Influência cultural popular .....	96
8.5.4	Apoio familiar .....	98
8.5.5	Ausência e/ou presença de afecções nas mamas .....	99
8.5.6	Dificuldade na amamentação.....	100
8.5.7	Motivos relacionados ao bebê: visão das mães .....	103
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>112</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>114</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>126</b>
	<b>ANEXO .....</b>	<b>131</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Minha trajetória na enfermagem iniciou-se em 2007 quando ingressei na faculdade. Durante a graduação, interessei-me por várias áreas. Quando concluí a faculdade em 2010, saí sem ter certeza de à qual especialização me dedicaria. A preferência, no entanto, sempre foi saúde coletiva, materno-infantil e pronto atendimento, além de um interesse pela pesquisa e pela docência.

Após a formação, trabalhei em uma área muito distinta das minhas preferências. Procurei uma especialização que pudesse me aproximar daquilo que me atraía. Ingressei, pois, na Residência Obstétrica e me encantei pela área materno-infantil. Quando residente, tive a oportunidade de atuar na Atenção Básica assistindo ao pré-natal e ao puerpério. Foi uma experiência marcante poder assistir à mulher, à criança e à família no seu próprio ambiente.

Concluída a residência, atuei como enfermeira assistencial, sendo contratada pelo Município de Alfenas para atuar na Atenção Básica e, muito entusiasmada, comecei a pôr em prática o que tinha aprendido na residência. Passado um ano e meio, fui aprovada no concurso público do Município e continuei a trabalhar na mesma unidade de saúde.

Atuo, desde então, em um Ambulatório de Saúde que tem diferenças na estrutura da equipe de saúde e na forma de assistência quando comparado às unidades de Estratégia de Saúde da Família. Uma das principais distinções é quanto à população assistida, que no caso da minha unidade não é adscrita, e, sim, atende a famílias que não estão cadastradas em nenhuma Estratégia de Saúde da Família, o que dificulta as visitas domiciliares e a busca ativa pelo fato de os assistidos residirem em bairros distintos da cidade e na zona rural. Ainda, não constam na equipe Agentes Comunitários de Saúde, que facilitariam o acompanhamento das famílias, e médicos em período integral.

Nessa unidade de saúde, atuo com mulheres no ciclo gravídico puerperal e com crianças em consultas individuais. Nesses atendimentos, vinha me inquietando, dentre outras questões, o aleitamento materno. Embora discutido por mim com as gestantes no pré-natal e manifestado por elas o desejo de amamentar, quando no retorno à unidade de saúde, no puerpério tardio, o desmame - ou pelo menos a introdução precoce de outros alimentos - já tinha acontecido.

Nos relatos das puérperas, todas haviam iniciado a amamentação ainda na maternidade, mas, ao voltarem para casa, tentavam dar continuidade sem sucesso.

O mestrado veio neste período. Retomei o desejo que tive na graduação em relação à pesquisa e à docência. Inscrevi-me, pois, no mestrado, almejando a linha de pesquisa materno-infantil.

Para a elaboração do projeto de pesquisa do Mestrado, decidi trazer as minhas inquietações de como as mães vivenciavam a amamentação. O que acontecia no domicílio que dificultava manter o aleitamento materno? E, ainda, o que as leva ao desmame precoce? Foi quando se formou o interesse por desenvolver esse estudo, para que, ao conhecer a realidade vivenciada pelas mães no desmame, pudesse favorecer o planejamento de uma assistência mais próxima da realidade do binômio nutriz-bebê.

Desse modo, para iniciar o estudo e aprofundar sobre a temática, realizei uma revisão bibliográfica da literatura, visando embasar o tema desmame precoce. Na segunda parte, descrevi o percurso metodológico, desenvolvido na abordagem qualitativa, sob o método História Oral Temática, criado por José Carlos Sebe B. Meihy. Após, apresentei os procedimentos éticos e as técnicas de coleta de dados utilizada neste estudo, que foram a entrevista semiestruturada e as notas do caderno de campo, assim como a análise de conteúdo utilizada para analisar o material coletado. Por fim, expus as histórias das vivências maternas e suas discussões.

Tal estudo transformou minha visão profissional, tornando-me mais humana e menos tecnicista, a partir do entendimento de que, atrás de uma criança que precisa amamentar, há uma mãe/mulher/esposa que tem sua história, crenças, valores e família, que precisa ser cuidada e respeitada em todos os seus aspectos. Se esses aspectos não forem levados em consideração, é impossível assistir de maneira efetiva o processo de aleitamento materno.

## 2 INTRODUÇÃO

O leite humano é um alimento completo capaz de suprir todas as necessidades do lactente nos primeiros meses de vida. Em sua composição, há água, vitaminas, proteínas e minerais de fácil digestão; lipídios como os ácidos graxos essenciais que contribuem para o desenvolvimento do sistema nervoso; lipase para a digestão; ferro em pequena quantidade e de absorção adequada; além de propriedades anti-infecciosas e fatores de crescimento (ESTEVES et al., 2014; RODRIGUES et al., 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivamente desde o nascimento até o sexto mês de vida e, a partir desta faixa etária, recomenda iniciar a alimentação complementar e manter o leite materno até dois anos idade (WHO, 2009).

O recomendado é que o início da amamentação seja na primeira hora de vida, devido à habilidade dos recém-nascidos para procurar a região mamilo-areolar; o início a amamentação nesse período contribui para estabelecer o aleitamento materno exclusivo (WHO, 1998; ESTEVES et al., 2014).

São inúmeras as vantagens do aleitamento materno, tanto para o bebê, quanto para mãe. Dentre os benefícios para a criança, podem-se citar a imunidade secretora contra patógenos gastrointestinais e respiratórios; o estímulo à maturação imunológica das superfícies mucosas; a atuação no desenvolvimento infantil; a diminuição de riscos de morbimortalidade; a contribuição para níveis pressóricos e de colesterol total mais baixo; um menor risco para diabetes tipo I e II; e a prevenção do sobrepeso e da obesidade (FIALHO et al., 2014).

Quanto aos benefícios para a mãe, destacam-se a redução do risco de patologias como câncer de mama, de ovário e de útero e de fraturas ósseas por osteoporose; a involução uterina mais rápida devido à liberação de ocitocina e consequente diminuição do sangramento puerperal, além de menor risco de anemia pós-parto; o aumento do período de infertilidade pós parto; o retorno ao peso pré-gestacional mais rápido; e o fortalecimento do vínculo afetivo mãe-filho (RODRIGUES et al., 2014).

Diante da relevância do aleitamento materno para o binômio mãe-filho, o Brasil tem desenvolvido medidas para incentivá-lo desde 1981 com a instituição do Programa Nacional de

Incentivo ao Aleitamento Materno. A partir desse movimento, foram desenvolvidas diversas ações para a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno exclusivo (RODRIGUES et al., 2014; VENÂNCIO et al., 2016).

Dentre as ações, podem-se citar a elaboração e a implementação da Norma Brasileira de Comercialização para Lactentes, Bicos, Chupetas e Mamadeiras; a criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH) e a adoção da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Posteriormente, em 2008, com intuito de também traçar ações de apoio e de promoção ao aleitamento materno na Atenção Básica, foi lançada a Rede Amamenta Brasil - atual Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (VENÂNCIO et al., 2016).

Apesar dos esforços para promover o aleitamento materno e da ampla divulgação dos seus benefícios, as taxas de amamentação ainda estão abaixo dos níveis recomendados (ROCCI; FERNANDES, 2014).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, 95% das crianças brasileiras foram alguma vez amamentadas, mas esse número cai de maneira drástica ao longo dos dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2009a). De acordo com a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno no Conjunto das Capitais Brasileiras e Distrito Federal (2008), a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses foi de 41%. Além disso, a média de aleitamento materno exclusivo foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a média do aleitamento materno total, que deveria ser de 24 meses, foi de 341,6 dias (11,2 meses) (BRASIL, 2009a).

Segundo as pesquisas citadas, o desmame precoce é prática comum no País. Considera-se desmame precoce a interrupção do aleitamento materno antes do sexto mês de vida, independentemente do motivo, ou de ser escolha ou não da mãe. Um dos fatores que favorece o desmame precoce é a introdução de outros tipos de leite ou de alimentos na nutrição do lactente, que se denomina complementação (ABREU; FABBRO; WERNET, 2013).

Com o atual cenário de desmame no país e com relevância que a amamentação tem para a nutriz e para o lactente, é imprescindível fortalecer as ações de promoção, de proteção e de apoio ao aleitamento materno para melhorar estes índices e diminuir as taxas de morbimortalidade infantil (ROCCI; FERNANDES, 2014).

O profissional de enfermagem tem um papel fundamental nesse processo, visto que pode atrelar seus conhecimentos e habilidades relacionados às técnicas de lactação a um olhar

atento, amplo, que considere os aspectos emocionais, culturais da família, de rede social de apoio à mulher, entre outros, para assistir o binômio mãe-filho e a família no processo de amamentação (BRASIL, 2011a).

Na vivência em um Ambulatório de Saúde da Rede de Atenção Básica, no qual atuo como Enfermeira Obstetra, observei a problemática suscitada e verifiquei elevado número de casos de desmame precoce, apesar das orientações dadas no pré-natal e na consulta puerperal.

Na prática, as mães iniciam o aleitamento materno exclusivo ainda na maternidade. Após a alta hospitalar, na volta para casa, as dificuldades começam a surgir, e logo nos primeiros meses de vida da criança há introdução de outros alimentos.

Diante desse quadro, surgem os seguintes questionamentos: o que leva as mães ao desmame precoce? Quais as dificuldades ou barreiras que as fazem desistir de amamentar? Qual seu verdadeiro conhecimento sobre aleitamento materno?

Com o intuito de compreender a vivência do desmame precoce para obter subsídios para realizar estratégias de ações para promoção, apoio e incentivo ao aleitamento materno exclusivo, baseado na vivência individual de cada mãe, este estudo foi realizado.

### 3 JUSTIFICATIVA

A taxa de mortalidade infantil - em crianças menores de um ano de idade - diminuiu de modo acentuado no Brasil, devido às ações de redução da pobreza, à ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a outros fatores (BRASIL, 2012a).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE - (2010), os óbitos infantis no Brasil decaíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010. Porém, no período neonatal, a taxa de mortalidade corresponde a 68,6%, sendo a maioria no primeiro dia de vida. Essas mortes são denominadas de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde, como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido e fazem parte da realidade social e sanitária do País (BRASIL, 2012a).

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde (MS) organizou uma grande estratégia, para qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País com o objetivo de aumentar a redução das taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil, denominada Rede Cegonha. Trata-se de um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto e nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros dois anos e, em especial, no período neonatal (BRASIL, 2011b).

O incentivo ao aleitamento materno vai ao encontro dos objetivos das Políticas de Saúde no Brasil e no mundo, já que é capaz de prevenir doenças, diminuir a morbimortalidade infantil e ainda trazer benefícios para a mãe, para a família e para a sociedade. Porém, apesar das mobilizações para promoção da amamentação exclusiva, os índices se encontram distantes das metas preconizadas.

Em pesquisa realizada entre os anos de 2009 e 2010 na cidade de Alfenas, Minas Gerais, verificou-se que 74% das mães deixaram de amamentar seus bebês de maneira exclusiva antes dos seis meses de idade, assim como ofertaram outros tipos de leite infantil (24%), água (22%), comida de bebê (17%), suco de frutas (16%), chá (14%), entre outros (RIBEIRO et al., 2012).

A amamentação é um processo que envolve uma profunda interação entre mãe e filho, repercutindo tanto no estado nutricional da criança como em sua situação imunológica, fisiológica, cognitiva e emocional, além de trazer implicações para a saúde física e psicológica da mãe (BRASIL, 2009b).

O vínculo entre a mãe e o bebê é favorecido pela prática da amamentação e deve receber estímulo do profissional de saúde e da equipe de saúde que acompanha a família. No entanto, o ato de amamentar não é considerado na espécie humana apenas um comportamento inato, mas sim, dependente de todo um aprendizado e de uma eficaz contextualização e interação cultural e social (BRASIL, 2012a).

Diante desse cenário e como forma de alterá-lo, acredita-se que o conhecimento da vivência materna do desmame precoce trará contribuições para a assistência de enfermagem. Isso porque tornará possível direcionar ações e implementar estratégias de cuidado e de promoção do aleitamento materno individualizado, possibilitando assistir à mãe nas suas dificuldades com a amamentação para diminuir a chance do desmame precoce e para favorecer criança com a diminuição do risco de morbimortalidade.

#### 4 OBJETIVOS

Descrever a vivência<sup>1</sup> materna do desmame precoce e compreender essa vivência<sup>1</sup> por meio de relatos orais de mães.

---

<sup>1</sup> Vivência: existência; experiência de vida (MAIA, 2010).

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesse capítulo, estão expostos o referencial teórico que serviram de subsídio e condução deste estudo.

### 5.1 ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno é um tema que vem se destacando há décadas no Brasil e no mundo. Neste capítulo, apresento um breve histórico das Políticas Públicas para o Aleitamento Materno, dos aspectos fisiológicos do leite humano e de seus benefícios, do desmame precoce e da assistência de enfermagem ao binômio nutriz-bebê.

#### 5.1.1 Breve histórico do aleitamento materno

No Brasil, o relato do aleitamento materno começou com as mulheres indígenas, que, nos séculos XVI e XVII, amamentavam seus filhos durante um ano e meio e, neste período, transportavam os bebês em pedaços de pano denominados *typoia* ou *typyia*. Mesmo exercendo trabalhos rurais, elas os levavam nas costas ou encaixados nos quadris no intuito de nutri-los e de defendê-los dos perigos (BOSI; MACHADO, 2005).

Nos anos de 1500, a alimentação do lactente acompanhava o desenvolvimento da marcha; assim, na fase de colo, a alimentação da criança era o leite materno. Quando a criança desenvolvia a marcha, recebia a comida dos adultos, mas sem abandonar o leite materno, que se prolongava por mais de dois anos (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Porém, para os colonizadores, a prática da amamentação das mulheres indígenas era vista com estranheza e dita para eles como impróprio para o ser humano dito civilizado, para os

padrões de referência e dos costumes da cultura europeia (FABBRO; MONTRONE; ARANTES, 2013).

Mais tarde, os portugueses trouxeram para o Brasil o hábito das mães ricas não amamentarem e, como consequência, instituiu-se o costume das amas-de-leite, que substituíam as mães no momento da amamentação. Tal função era realizada pelas escravas negras (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

A partir do século XIX, num panorama de urbanização e de industrialização no País, mudanças relevantes no comportamento social em relação à amamentação começaram a ocorrer. Houve, então, a aplicação do receituário higienista que coloca o aleitamento materno por amas de leite como uma infração às leis da natureza. O novo discurso hegemônico, moralizante, preconizava a amamentação como função social da mulher, que deveria ocupar seu papel histórico de esposa, mãe, dona de casa e responsável pelo cuidado e pela manutenção do lar e da família (KALIL; AGUIAR, 2016).

Já no século XX, constatou-se um declínio do aleitamento materno no mundo. Nesse período, a urbanização e a entrada da mulher – em especial as de classes menos favorecidas – no mercado de trabalho criaram uma sociedade consumista e, com ela, surgiu a mamadeira. A mamadeira e o leite industrializado possibilitaram uma alternativa terapêutica para a antiga impossibilidade de amamentar, denominado como leite fraco (FABBRO; MONTRONE; ARANTES, 2013).

O marketing das empresas de leite artificial utilizou uma série de estratégias para ter mais consumidores e resultou num quadro de desmame comerciogênico que perdurou até a década de 1970. O Brasil, não diferente disso, teve aumento do uso de leite artificial e, como consequência, passou a apresentar altos índices de morbimortalidade infantil, fato que gerou preocupação nas autoridades governamentais com a alimentação no primeiro ano de vida, fazendo com que fossem desenvolvidas políticas e programas para incentivar o aleitamento materno (FABBRO; MONTRONE; ARANTES, 2013).

As políticas implementadas começaram a surtir efeito na década de 1980. Assim, a tendência de amamentação teve um aumento significativo no Brasil. Em 1975, a média da amamentação, que era de 2,5 meses, passou para 5,5 meses em 1989, número que continuou em ascensão. Na atualidade, o Brasil se destaca nos programas de incentivo ao aleitamento materno e nas leis que respaldam as mães trabalhadoras para que possam amamentar. Porém, seus índices

ainda não estão em consonância com o preconizado pela OMS e pelo Ministério da Saúde (FABBRO; MONTRONE; ARANTES, 2013; VENÂNCIO et al., 2016).

Além da historicidade do aleitamento materno, as políticas públicas auxiliaram na busca de estratégias de incentivo ao aleitamento materno.

### 5.1.2 Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno

Com intuito de incentivar e de garantir o aleitamento materno, o Brasil vem desenvolvendo várias ações no âmbito da Saúde Pública. As primeiras iniciativas foram voltadas ao ambiente hospitalar e, após longos anos, deram início à implementação de políticas para fortalecer também a Atenção Básica.

Para incentivar a alimentação do recém-nascido com leite humano, surgiram no Brasil, ainda em 1943, os Bancos de Leite Humano no então Instituto Nacional de Puericultura, hoje Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, cujo objetivo, na época, era coletar e distribuir leite humano para casos especiais como prematuridade, entre outros. Na atualidade, o Brasil possui a maior rede de bancos de leite humano do mundo, sendo responsável por ações de promoção, de proteção e de apoio ao aleitamento materno e pela execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz, de seleção, de classificação, de processamento, de controle de qualidade e de distribuição, sendo proibida a comercialização dos produtos por ele distribuídos (BRASIL, 2008a).

Em 1975, criou-se o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil que propunha reduzir a morbimortalidade da mulher e da criança e tinha como um dos seus objetivos estimular o aleitamento materno (BRASIL, 2011c).

Em 1981, foi instituído o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que trazia as questões do aleitamento materno apenas na dimensão biológica e concebia a amamentação como um ato natural, instintivo, inato e próprio do binômio mãe-filho (FABBRO; MONTRONE; ARANTES, 2013).

Apesar de todos os esforços, ainda havia um declínio da taxa de aleitamento materno. Com a finalidade de alterar tal cenário, a OMS e a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a

Infância) lançaram, em 1991, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). O Brasil foi um dos primeiros países a incluir a IHAC em sua prática governamental. A iniciativa enfatizava a importância da atuação dos profissionais de saúde e de funcionários de hospitais na tríade proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, com o objetivo de diminuir o desmame precoce. Implementou-se, então, o programa *Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno* como um conjunto de medidas para atingir as metas (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2013).

Em 1992, o Ministério da Saúde lançou o Alojamento Conjunto, determinando que hospitais e maternidades vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), conveniados ou particulares, implantassem o alojamento conjunto, com o intuito de manter a mãe e o filho juntos (BRASIL, 1993).

Ainda para fortalecer as ações de incentivo à amamentação na atenção hospitalar, criou-se o Método Mãe Canguru, que trata de uma forma de contato pele a pele entre a mãe e o bebê prematuro. A criança, vestida apenas com fralda, é colocada na posição vertical em contato direto com o colo da mãe, sendo firmada com uma faixa que imitada a bolsa do animal. Tal prática incentiva o aleitamento materno, o contato e a troca afetiva entre mães e bebês (BRASIL, 2000).

Alguns anos depois, percebeu-se a necessidade de também abordar o aleitamento materno na Atenção Básica, e, em 2008, houve a proposta da Rede Amamenta Brasil. O objetivo geral dessa Rede é contribuir para aumentar os índices de aleitamento materno no Brasil e enfatizar a importância da capacitação permanente dos profissionais de saúde no contexto de trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2008b).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), lançada em 1999 e atualizada em 2011, propôs melhorias nas condições de alimentação, de nutrição e de saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira. De acordo com essa Política, o aleitamento materno deve ser a primeira prática alimentar do indivíduo, necessário para a garantia da saúde e do desenvolvimento adequado das crianças (BRASIL, 2013a).

Paralelamente às políticas públicas, a legislação de proteção ao aleitamento materno também tem destaque no Brasil. A primeira iniciativa veio com o Código Internacional de Mercadização de Substitutos de Leite materno (1979), recomendado pela OMS. Nesse sentido, o

Brasil aprovou, em 1988, as “Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes” – Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 05 de 20 de dezembro (BRASIL, 2007).

Essa Resolução sofreu várias revisões até a aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL). Tal norma é um conjunto de regras para a promoção comercial e para a rotulagem de alimentos e de produtos destinados a recém-nascidos e a crianças de até três anos de idade, como leites, papinhas, chupetas e mamadeiras. Tem como objetivo assegurar o uso apropriado desses produtos de forma que não haja interferência na prática do aleitamento materno, configurando-se como importante instrumento para o controle da publicidade indiscriminada dos alimentos e dos produtos de puericultura que concorrem com a amamentação (BRASIL, 2007).

Outra medida importante no Brasil está presente na legislação trabalhista a qual prevê o direito à licença-maternidade para a trabalhadora gestante, durante 120 dias, sem prejuízo do emprego e da remuneração, que pode ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica (BRASIL, 1988).

A partir de 2008, foi criado o Programa Empresa Cidadã, que prorroga a licença citada para 180 dias mediante incentivo fiscal às empresas. Esse direito se estende à mulher trabalhadora que adotar ou obtiver guarda judicial (BRASIL, 2008c).

A norma trabalhista também prevê pausas durante a jornada de trabalho para a amamentação até que o filho complete seis meses de idade. Essas pausas consistem em dois descansos de meia hora cada um. Porém, se houver necessidade, devido à saúde da criança, o período de seis meses poderá ser expandido a critério da autoridade competente (BRASIL, 2017).

Ainda, na esfera trabalhista, a legislação prevê que o estabelecimento que empregue mais de trinta mulheres com mais de 16 anos de idade deverá ter local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar, sob vigilância e assistência, os seus filhos no período de amamentação. Essa exigência poderá ser suprida por meio de creches distritais mantidas diretamente ou mediante convênio com outras entidades públicas ou privadas (BRASIL, 1967).

O Brasil tem, nos dias atuais, o reconhecimento internacional pela política de promoção, de proteção e de apoio ao aleitamento materno. Um dos principais fatores para o sucesso da política brasileira é a parceria entre o poder público e a sociedade em prol da amamentação. A soma de esforços resultou em soluções criativas, eficientes, com comprovação

científica e contribuiu para aumentar os índices de aleitamento materno (FABBRO; MONTRONE; ARANTES, 2013).

Além das políticas públicas, é preciso conhecer e orientar quanto à real composição do leite humano e à sua produção, para que a informação correta se torne uma aliada na promoção da amamentação exclusiva para crianças menores de seis meses.

### 5.1.3 Leite humano

As mamas de mulheres adultas possuem de 15 a 25 lobos mamários (glândulas tubo alveolares), constituídos, cada um, por 20 a 40 lóbulos, que por sua vez são formados por 10 a 100 alvéolos. Envolvendo os alvéolos, encontram-se células mioepiteliais e, entre os lobos mamários, têm-se tecido adiposo, tecido conectivo, tecido nervoso, tecido linfático e vasos sanguíneos (SANTIAGO et al., 2014).

O leite humano é produzido nos alvéolos e conduzido até os seios lactíferos por uma rede de ductos (BRASIL, 2011a). A lactogênese inicia-se na gestação por ação de vários hormônios e se divide em três fases:

Lactogênese fase I: preparação das mamas ainda na gestação sob ação principal dos hormônios estrogênio, responsável pela ramificação dos ductos lactíferos, e progesterogênio, pela formação dos lóbulos. Outros hormônios, como o lactogênio placentário, prolactina e gonadotrofina coriônica, também estão envolvidos na aceleração do crescimento mamário (SANTIAGO et al., 2014);

Lactogênese fase II: secreção do leite após o nascimento da criança, quando há liberação de prolactina (principal hormônio da produção do leite) pela hipófise anterior. O leite sai pelos alvéolos devido à ação da ocitocina, liberada pela hipófise posterior, que faz com que se contraíam as células em torno dos alvéolos do tecido mamário, o que ocasiona o reflexo de ejeção do leite. A produção do leite é controlada por hormônios e a apojadura que ocorre até o 3º ou 4º dia após o parto, independentemente da sucção da criança (ORSHAN, 2010; BRASIL, 2011a);

Lactogênese fase III (galactopose): acontece durante toda a lactação e se dá pela sucção da criança e esvaziamento da mama. O volume de leite produzido está relacionado com

quantidade e frequência com que a criança amamenta. Em média, nos primeiros dias pós-parto, a secreção do leite é de 100 ml/dia, podendo chegar até 600 ml/dia no quarto dia (BRASIL, 2011a).

O leite humano é um alimento completo, capaz de suprir as necessidades do recém-nascido nos primeiros meses de vida. Têm em sua composição várias substâncias diferentes, entre as quais, carboidratos, células (epiteliais, leucócitos, linfócitos), lipídios (vitaminais lipossolúveis, ácidos graxos), constituintes minerais e iônicos, proteínas, minerais residuais, vitaminas hidrossolúveis e nitrogênio não proteico (ORSHAN, 2010).

Na composição do leite materno, existem diferenças entre o leite maduro, o colostro e o leite de mães de recém-nascidos pré-termo. O leite de mães de recém-nascidos pré-termo é diferente em relação ao leite de mães de recém-nascidos a termo, e diferentes quando comparados com o leite de vaca, como se pode observar na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças a termo e pré-termo e leite de vaca

	Colostro		Leite Maduro		Leite de vaca
	A termo	Pré-termo	A termo	Pré-termo	
<b>Calorias (Kcal/dL)</b>	48	58	62	70	69
<b>Lipídios (g/dL)</b>	1,8	3,0	3,0	4,1	3,7
<b>Proteínas (g/dL)</b>	1,9	2,1	1,3	1,4	3,3
<b>Lactose (g/dL)</b>	5,1	5,0	6,5	6,0	4,8

Fonte: BRASIL, 2009b, p. 20

O leite humano varia sua constituição nutricional conforme o estágio da lactação e a fase no momento da amamentação. Assim, o primeiro produto da secreção lática é o colostro, obtido entre o 1º e o 4º dia após o parto, levemente amarelado e rico em proteínas, sódio, potássio, ferro e vitaminas lipossolúveis, contém grande quantidade de anticorpos e imunoglobulinas, que ajudam a fortalecer o sistema imunológico. Depois, tem-se o leite de transição, produto intermediário entre o colostro e o leite maduro, obtido entre o 7º e o 15º dia de puerpério, com maior valor de lactose, de gordura e de calorias. Por último, após duas semanas pós-parto, o leite maduro que contém mais energia devido ao percentual de lactose e à gordura (ORSHAN, 2010).

As características do leite humano também variam de acordo com a mamada. O leite do início (leite anterior) assemelha-se em seu aspecto ao da água de coco, devido ao seu alto teor de água, sendo rico em anticorpos; o leite do meio tem coloração branca opaca, devido à caseína; e o leite do final (leite posterior) é mais amarelado, em virtude da alta concentração de betacaroteno (BRASIL, 2011a).

O aleitamento materno é classificado de acordo com a Organização Mundial da Saúde e reconhecido no mundo inteiro como Aleitamento Materno Exclusivo; Aleitamento Materno Predominante; Aleitamento Materno; Aleitamento Materno Complementado; e Aleitamento Materno Misto ou Parcial (BRASIL, 2011a).

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) consiste na prática de alimentar a criança apenas com o leite humano, sendo ele materno ou não, direto da mama ou ordenhado. A criança não recebe nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamento. O Aleitamento Materno Predominante é caracterizado pela alimentação da criança com leite humano e por outros líquidos como água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos e fluidos rituais<sup>2</sup>. No Aleitamento Materno, a criança recebe leite humano, ordenhado ou direto da mama sem que se leve em conta a quantidade ou o fato de ela estar recebendo ou não outros alimentos (BRASIL, 2011a).

O Aleitamento Materno Complementado ocorre quando a criança recebe, além do leite materno, alimentos complementares, que são alimentos sólidos ou semissólidos com a finalidade de complementar o leite materno, e não de substituí-lo. Nessa categoria, a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar. No Aleitamento Materno Misto ou Parcial, a criança recebe leite materno e outros tipos de leite, ao mesmo tempo, ao longo das mamadas (BRASIL, 2011a).

As crianças que amamentam somente com leite humano até os seis meses de vida têm menor morbidade e maiores efeitos benéficos à saúde. Apresentam menos diarreias, meningite bacteriana, otite média, infecção do trato urinário, infecções gastrointestinais e infecções

---

<sup>2</sup> “Embora a OMS não reconheça os fluidos rituais (poções, líquidos ou misturas utilizadas em ritos místicos ou religiosos) como exceção possível inserida na definição de aleitamento materno exclusivo, o Ministério da Saúde, considerando a possibilidade do uso de fluidos rituais com finalidade de cura dentro de um contexto intercultural e valorizando as diversas práticas integrativas e complementares, apoia a inclusão de fluidos rituais na definição de aleitamento materno exclusivo, desde que utilizados em volumes reduzidos, de forma a não concorrer com o leite materno” (BRASIL, 2009, p.14).

respiratórias do que crianças que receberam outro tipo de alimento (FIALHO et al., 2014).

Alguns estudos sugerem diminuição das taxas de morte súbita do lactente e redução de hospitalização. Além disso, há a redução de riscos de alergias, de asma e de sibilos recorrentes e de dermatite atópica. Indivíduos que foram amamentados também apresentam pressão sistólica e diastólica mais baixa, níveis menores de colesterol total e 37% menor risco de apresentar diabetes tipo II e menor chance de diabetes tipo I (BRASIL, 2012a).

Quanto ao desenvolvimento da criança, o leite humano é um fator protetor por conter todos os nutrientes essenciais e por ser mais bem digerido que outros alimentos. Promove o desenvolvimento cognitivo e da cavidade bucal, devido ao exercício que a criança faz no ato de sucção para retirar o leite da mama da mãe (BRASIL, 2011a).

A amamentação também é benéfica para a mulher, pois auxilia na involução uterina mais rápida e na interrupção do sangramento pós-parto devido à ação da ocitocina. Ainda, atrasa a volta da menstruação e ajuda a evitar nova gravidez; nesse processo, as reservas de ferro são preservadas e as gestações espaçadas (RIBEIRO, 2010). Outra vantagem é ser um fator protetor contra patologias como o câncer de mama, de útero e de ovário e fraturas ósseas por osteoporose. Além do mais, colabora para o retorno do peso pré-gestacional mais rápido (OLIVEIRA et al., 2015).

Outra vantagem importante é a ligação afetiva entre mãe e filho que é estimulada, oportunizando criar um momento exclusivo de toque, carinho e amor, o que facilita a relação mãe e filho, promove o vínculo e melhora a autoestima materna (RIBEIRO, 2010).

Além das políticas de apoio e de incentivo ao aleitamento materno e das características do leite humano e de suas vantagens, na sequência, será apresentado o conceito de desmame precoce, suas causas e a assistência de enfermagem ao binômio nutriz-bebê.

## 5.2 DESMAME PRECOCE

O desmame precoce é definido como a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta de uma criança que, até então, encontrava-se em regime de aleitamento materno exclusivo (ARAÚJO et al., 2008). É denominado de período de desmame aquele compreendido entre a

introdução desse novo aleitamento e a supressão completa de aleitamento materno (OSÓRIO; QUEIROZ, 2007).

As causas do desmame são multifatoriais, mas, dentre estas, há a deficiência orgânica da mãe; a idade materna; a falta de vontade da mãe em amamentar; as alterações com o recém-nascido; a condição de parto; a falta de apoio do parceiro e de familiares; a ocupação materna; o nível socioeconômico; o grau de escolaridade; e a alteração na estrutura familiar e de urbanização, como as mais comuns (RODRIGUES et al., 2014).

As crenças e as práticas culturais interferem de modo relevante nos métodos de alimentação infantil. Apesar de as mães receberem orientações durante o pré-natal e o puerpério a respeito da amamentação, a decisão de amamentar está interligada à história de vida de cada mãe e ao significado que se atribui a esse ato. As influências podem ser emocionais, sociais, culturais e econômicas da mãe (DIOGO; SOUZA; ZOCHE, 2011).

No que se refere aos problemas mamários, a dor causada por fissuras mamilares e o ingurgitamento mamário são um dos principais motivos do desmame e aparecem com maior frequência nos primeiros dias pós-parto. Como consequência, a nutriz fica insegura, estressada e introduz a mamadeira com o intuito de aliviar os sintomas e suprir as necessidades nutricionais da criança (ABREU; FABBRO; WERNET, 2013; MONTESCHIO; GAÍVA; MOREIRA, 2015).

O recém-nascido, às vezes, é forçado a usar alguns itens populares para controle do choro, como a chupeta. O uso de chupeta reduz o número de mamadas por dia e, como consequência, há uma menor estimulação da mama e menor produção de leite, culminando com o desmame (NEIVA et al., 2003; FALCETO; GIUGLIANI; FERNANDES, 2004; ARAÚJO et al., 2008).

A utilização da mamadeira, e também do bico, gera malefício ao processo do aleitamento materno, além de causar doenças diarreicas e problemas na dentição e na fala (MONTESCHIO; GAÍVA; MOREIRA, 2015).

Outro fator importante para o desmame é a crescente necessidade de a mulher estar inserida no mercado de trabalho, mesmo no Brasil que tem legislação protetora (DIOGO; SOUZA; ZOCHE, 2011). A volta ao trabalho interfere na manutenção da amamentação, devido ao descumprimento da licença gestante, à falta de creche ou de condições para amamentar no local e no horário de trabalho (ABREU; FABBRO; WERNET, 2013).

Além de todos esses fatores, os mitos e os tabus ainda existentes em relação à amamentação têm forte influência no desmame. A gestante recebe muitas informações sobre a amamentação e, nem sempre, essas informações são fidedignas. Vários mitos e costumes em relação à amamentação são perpetuados nas famílias, como o uso de alimentos considerados como produtores de leite humano, massagens e cuidados com os mamilos para evitar rachaduras, entre outros (RENNÓ; RIBEIRO; RIBEIRO, 2011).

Ainda, a errônea crença do leite fraco ou insuficiente é a alegação mais comum entre as mães que desmamaram. Elas têm tal percepção devido à falta de conhecimento quanto à importância do leite, a sua forma de produção e ao fato de relacionar qualquer choro da criança à fome, o que nem sempre é verdade (OLIVEIRA et al., 2015).

Para evitar o desmame precoce, é preciso assistir à mãe e à criança, não como um ser isolado, mas, sim, como um membro de uma família com características culturais e funcionamentos próprios. Deve-se iniciar tal assistência desde o pré-natal até o puerpério, compreendendo todas as fases desse processo.

### 5.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO BINÔMIO NUTRIZ – BEBÊ

O nascimento de um filho traz mudanças na família e na maneira como a família se prepara para essa chegada. A função de parentagem que será desenvolvida pelos pais deve ser estimulada pelo enfermeiro e pelos demais profissionais de saúde que assistam à família. O vínculo emocional denominado como apego é resultado da relação entre o feto e a criança imaginada com seu cuidador desde a gestação. Depois do nascimento, o bebê precisa de um cuidador que lhe assegure o atendimento das necessidades físicas como alimentação, limpeza, cuidado, proteção, entre outras; e de suas necessidades psicossociais como se sentir seguro, amado, protegido, valorizado, entre outras (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

Dentre as atividades que competem ao enfermeiro na Unidade de Saúde, a consulta de enfermagem é uma metodologia de assistência que permite promover, proteger e recuperar a saúde da criança e de sua família. Utiliza como eixo norteador da atenção, o crescimento e o

desenvolvimento infantil, que é um importante indicador de qualidade da atenção à saúde dirigida à criança (MONTESCHIO; GAIVA; MOREIRA, 2015).

Em relação ao nascimento de um filho, o enfermeiro deve:

(...) desde o pré-natal, deve estar atento às mudanças e às necessidades de adaptação que ocorrem nas famílias diante do nascimento de um novo ser. De igual forma, o profissional de saúde deve saber que não é uma tarefa fácil uma família adaptar-se a uma nova realidade, especialmente quando se trata do primeiro filho. Neste caso, os pais necessitam ajustar seu sistema conjugal, criando um espaço para os filhos (BRASIL, 2012a, p. 26).

O enfermeiro deve apoiar a mãe e o bebê durante todo o processo de amamentação. Para tal, pode fazer uso de recursos como o aconselhamento comportamental e a educação para a prática de amamentação, que devem começar nas consultas de pré-natal, para que, no puerpério, o processo de adaptação ao aleitamento seja fácil e tranquilo, evitando dúvidas, dificuldades e possíveis complicações (DIOGO; SOUZA; ZOCCHÉ, 2011).

A amamentação favorece a formação do vínculo entre mãe e bebê e deve ser estimulada, entretanto “a amamentação não é um comportamento inato, mas sim um hábito que se adquire e se aperfeiçoa com a prática, que depende de aprendizado e da interação positiva entre os fatores culturais e sociais” (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004, p.114).

O apoio à amamentação deve ser realizado em qualquer local de prestação de assistência, e as mães precisam ser incentivadas a procurar suporte à prática de amamentar sempre que julgarem necessário (BRASIL, 2012a). Como exemplos de suporte à amamentação, podem-se citar a abordagem da técnica correta para evitar complicações nas mamas, a interferência da alimentação artificial e do uso de bicos e de chupetas na amamentação, a importância da prática da livre demanda, do manejo adequado do aleitamento materno, de o início ser na primeira hora de vida e do alojamento conjunto (NASCIMENTO et al., 2013).

Outro aspecto relevante a ser abordado na assistência à amamentação é a experiência de amamentar para mãe e o significado para ela, a fim de identificar as dificuldades da amamentação (BRASIL, 2012a). Devido à complexidade da prática de amamentar, é fundamental conhecer as expectativas da mãe em relação à amamentação e a capacidade para entender como a mulher se vê nesse processo para que possa auxiliá-la, visto que a experiência tem influência direta na manutenção da amamentação (CAMPOS et al., 2016).

Com a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a atuação dos profissionais de saúde se estende após a alta hospitalar, inserindo na própria realidade do indivíduo na qual a assistência é planejada e executada. Uma das ferramentas primordiais da ESF é a Visita Domiciliar (VD) a qual permite um maior contato com o espaço da família e possibilita identificar suas principais necessidades.

A Visita Domiciliar é uma tecnologia de cuidado, porque é um encontro entre pessoas que atuam umas com as outras, criando espaços de intersubjetividade, onde acontecem os momentos das falas, das escutas e das interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesse encontro. Por meio da visita domiciliar, são promovidos momentos de cumplicidade, nos quais há a produção da responsabilização na amamentação, por meio de apoio à nutriz, levando-a a ter confiança em si mesma e em sua capacidade de amamentar (FROTA et al., 2006; SAVASSI et al., 2006; MERHY; ONOKO, 2007; LOPES; SAUPE; MASSAROLLI, 2008).

A visita domiciliar deve ser realizada logo no puerpério mediato, com o intuito de incentivar a manutenção do aleitamento materno e ajudar as mães nas primeiras mamadas do recém-nascido. É nesse momento que o enfermeiro observa as técnicas de amamentação ensinadas e sana os questionamentos ainda existentes quanto ao aleitamento materno e às demais intercorrências que surgirem (BATISTA; FARIAS; MELO, 2013).

A enfermagem, por ser capacitada em aleitamento materno, é capaz de criar momentos educativos que facilitem a amamentação, o diagnóstico e o tratamento adequado e poderá atuar junto à população, não só na prestação da assistência, mas na promoção e na educação continuada de forma efetiva. (BATISTA; FARIAS; MELO, 2013).

A tecnologia leve de cuidado promove o movimento das relações, a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo que as famílias tenham independência gradativa na prática da amamentação. Para o alcance dessa independência, é indispensável que as Equipes de Saúde da Família se comprometam com o aleitamento materno, buscando construir um novo olhar que valorize a vivência do binômio nutriz-bebê na realidade social, cultural e econômica da comunidade.

## 6 MÉTODO

Nesse capítulo, são explanados os aspectos metodológicos que foram utilizados na condução deste estudo.

### 6.1 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este estudo foi desenvolvido na abordagem qualitativa com o método da História Oral. A pesquisa qualitativa costuma ser direcionada e, ao longo do seu desenvolvimento, não busca enumerar ou medir eventos, e geralmente, não emprega instrumental estatístico para a análise dos dados; seu foco de interesse é amplo e é frequente que o pesquisador procure entender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes e da situação estudada (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, de motivos, de crenças, de valores e de atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações (MINAYO, 2010). Permite ao investigador acessar e compreender o significado que as pessoas dão às coisas e à própria vida, tendo como fonte direta de dados o ambiente natural (MATHEUS; FUSTINONI, 2006). Ao contemplarmos o aspecto qualitativo do objeto, estamos considerando como sujeito deste estudo: pessoas, em determinado grupo social, gênero ou raça com suas crenças, valores e significados, sendo que este objeto construído se encontra em constante processo de transformação (MINAYO, 2010).

Na abordagem qualitativa, encontramos diferentes possibilidades metodológicas de trabalho, entretanto o método deve ser definido a partir da construção do objetivo. Neste estudo, optamos por utilizar o método da História Oral, pois esta é a base primária para a obtenção de qualquer forma de conhecimento, seja ele científico ou não, em que o registro nada mais é do que a materialização daquilo que é falado (MEIHY, 2005; RIBEIRO; GUALDA, 2011).

A História Oral é utilizada para recolher narrativas, para promover análise de processos sociais do presente e para facilitar o conhecimento do meio imediato. A História Oral se divide em três tipos em relação ao uso das entrevistas, sendo História Oral Instrumental,

História Oral Plena e História Oral Híbrida. Este estudo trata da História Oral Híbrida, pois, além das análises das entrevistas, fez-se o cruzamento com outros documentos (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

A História Oral é compreendida como a passagem do código oral para o escrito, sendo que existem quatro gêneros de História Oral: História Oral de Vida, que é o relato autobiográfico, reconstituído do passado efetuado pelo próprio indivíduo sobre si mesmo; a História Oral Temática, em que a entrevista assume um caráter temático; a Tradição Oral, que consiste no testemunho transmitido verbalmente de uma geração para outra; e a História Oral Testemunhal, caracterizada por narrativas feitas às vivências dramáticas e de consequências graves (MEIHY, 2005; MEIHY; RIBEIRO, 2011).

Para este estudo, optou-se pela História Oral Temática, que corresponde a uma narração mais restrita da colaboradora, mais direcionada para uma determinada temática. O uso desse procedimento permitiu que os objetivos deste trabalho fossem alcançados de maneira adequada, por meio dos relatos das mães que desmamaram precocemente. Foi utilizada essa estratégia de compreensão da realidade, porque sua principal função é representar as experiências vividas, bem como as definições fornecidas por pessoas, por grupos ou por organizações, o que atendeu aos objetivos do estudo (MATHEUS; FUSTINONI, 2006).

No método da História Oral, é importante definir alguns conceitos, como comunidade de destino, colônia de estudo e redes (MEYHI, 2005). O primeiro deles, a comunidade de destino, é o motivo central que identifica a reunião de pessoas com alguma característica em comum (MEIHY; HOLANDA, 2011). A **comunidade de destino** é definida por todas as mães que amamentaram seus filhos com leite materno e que os desmamaram precocemente. Essa característica configura a comunidade de destino com histórias de mães que encontraram dificuldades para manter o aleitamento materno decorrente da falta de apoio familiar ou profissional, do conhecimento errôneo em relação à lactação e da deficiência na assistência de saúde. Essas mães, de alguma forma, foram assistidas pelo serviço de saúde deste estudo.

A colônia é uma parcela de pessoas de uma mesma comunidade de destino, é a primeira divisão. A **colônia** foi constituída por colaboradoras que desmamaram seus filhos antes do sexto mês de vida. Por fim, a **rede** que é considerada uma subdivisão da colônia que visa estabelecer parâmetros sobre quem será entrevistado (MEIHY; HOLANDA, 2011). A construção das redes e a seleção das colaboradoras que a compõem se deram a partir da primeira entrevista

cujo relato foi denominado como **ponto zero**. Toda a rede se origina a partir de um ponto zero, e por meio de entrevista deste, há a formação das demais colaboradoras, configurando, portanto, a rede (MEIHY; HOLANDA, 2011).

Após a autorização da Secretária de Saúde municipal, realizou-se uma busca ativa no Ambulatório de Saúde de referência para o estudo, do qual as possíveis colaboradoras faziam parte, com o intuito de localizar nome e endereço de mães que tinham filhos com idade maior de seis meses. De posse desses dados, fez-se contato, por telefone, com a mãe para a apresentação e para a explicação do estudo. Nesse momento, era sabido se a mesma havia desmamado seu filho precocemente. Quando obedecia aos critérios de inclusão, ela era convidada para a participação na pesquisa. Em alguns casos, o convite foi realizado pessoalmente por frequentarem a unidade de saúde referência para a pesquisa.

Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou acima de 18 anos, ter tido filhos com mais de seis meses e desmamados antes dessa idade.

Assim, as redes foram formadas por seis colaboradoras que são mães que desmamaram seus filhos antes do sexto mês de vida. Receberam essa denominação porque podem ser nominadas como depoentes ou entrevistadas, as quais têm seu papel mudado, deixando de serem meras informantes, passando a atrizes, sujeitos, objetos de pesquisa. Denominei-as colaboradoras para melhor aprofundar nosso contato e nossos encontros, pois são documentos vivos em essência, personagens de uma história do tempo presente (MEIHY, 2005).

## 6.2 CENÁRIO

O cenário cultural deste estudo foi o município de Alfenas, Sul de Minas Gerais. A cidade está localizada na Mesorregião do Sul e Sudoeste de Minas e na Microrregião homônima; tem como municípios limítrofes Serrania, Divisa Nova, Machado, Campos Gerais, Areado, Paraguaçu, Fama, Carmo do Rio Claro, Alterosa e Campo do Meio. Encontra-se situada a 68,5 Km de Varginha; 104,3 km de Poços de Caldas; 108,9 Km de Pouso Alegre; e 335 km da capital Belo Horizonte. O município tem uma área de 850,446 Km<sup>2</sup> de extensão, com população de

73.774 habitantes, que equivale 86,75 hab./km<sup>2</sup>, com uma população de mulheres de 37.693 pessoas e Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,761 (IBGE, 2010).

O Município de Alfenas faz parte da Macrorregião Sul e da Microrregião Alfenas/Machado. Para atenção à saúde da população, dispõe de três hospitais, sendo um universitário, um filantrópico e um particular. A Rede de Atenção Básica é administrada por uma Coordenação de Atenção Básica vinculada à Secretaria de Saúde e composta por 15 Estratégias de Saúde da Família e três Ambulatórios de Saúde. O Ambulatório de Saúde atende às famílias que não estão cadastradas nas ESF, tendo assim uma população não fixa, e oferece assistência de diferentes especialidades médicas.

De maneira específica para a atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal e ao recém-nascido, o Município conta com um Posto de Coleta de Leite Humano, inaugurado em setembro de 2015, localizado em uma associação não governamental sem fins lucrativos, fundada em 2002.

Outro projeto do Município é o Projeto de Apoio à Gestante e ao Recém-Nascido (PAGE) que integra ações das Secretarias de Educação, Habitação, Saúde e Ação Social com o objetivo de promover melhor qualidade de vida e evitar riscos. Teve como resultado a redução da mortalidade infantil de 13 para três casos em mil nascidos vivos no Município. O projeto foi premiado na “4ª Edição do Prêmio Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Brasil”, em 2012, pela então presidente Dilma Rousseff, em cerimônia no Palácio do Planalto.

No Ambulatório de Saúde de referência para o estudo, o pré-natal é realizado por dois médicos obstetras e por uma enfermeira obstetra. As consultas são mensais até a 28ª semana; após este período, quinzenais até 36ª semana; a partir dessa idade gestacional até o parto, semanais. Em média, são atendidas 48 gestantes. As gestantes que tiveram acompanhamento pré-natal na unidade de saúde são referenciadas para a Maternidade de um hospital Filantrópico de risco habitual.

### 6.3 PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO

A coleta de dados foi realizada de agosto de 2017 a março de 2018, totalizando nove meses.

### 6.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram utilizadas as técnicas de entrevista semiestruturada e Caderno de Campo.

A técnica de entrevista é utilizada para dar voz à memória de sujeitos, anônimos ou não; e, por meio da singularidade dos seus relatos, construir e preservar a memória coletiva. É por meio da entrevista que há um contato direto do entrevistado com o entrevistador, suscitando reações em ambos, durante o processo da coleta de dados (MATHEUS; FUSTINONI, 2006).

A Entrevista Semiestruturada valoriza a presença do investigador e permite que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, o que enriquece a investigação e favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e compreensão em sua totalidade (MEIHY, 2005; RIBEIRO; GUALDA, 2011).

Para a entrevista, foram utilizadas as seguintes questões norteadoras: *Conte-me como foi sua vivência no processo da amamentação de seu (a) filho (a). Mudou alguma coisa? O que você fez frente esta mudança?* Essas questões foram responsáveis por iniciar o diálogo com a colaboradora e por permitir que outras questões surgissem no decurso das entrevistas, se necessário, para esclarecer alguma dúvida ou para melhor compreender a fala (MEIHY, 2005).

A entrevista possui degraus, ou seja, é dividida em pré-entrevista, entrevista e pós-entrevista. A **pré-entrevista** consistiu num primeiro contato com as colaboradoras para explicar o motivo que levou a procurá-las e os objetivos da pesquisa, além do método de entrevista a ser utilizado. Foram esclarecidas a garantia e a confidencialidade dos nomes e ressaltada a importância da participação de cada uma na pesquisa.

Após o aceite, foram combinados, de acordo com a disponibilidade das colaboradoras, o dia e a hora das entrevistas e acordado que o local fosse seu próprio domicílio.

As **entrevistas** foram gravadas com por Gravador de Voz Digital (Dvr 8 gb /Mp3) em encontros presenciais que tiveram duração média de trinta a noventa minutos. Em caso de dúvidas da pesquisadora, estas foram esclarecidas no encontro posterior também acordado com as colaboradoras. Para atender os objetivos propostos nesta pesquisa, os diálogos buscavam compreender a vivência materna no processo de aleitamento materno até o desmame completo.

A **pós-entrevista**, etapa posterior à realização da entrevista, é o momento em que aconteceu a conferência das narrativas para construção do texto final.

Para maior êxito nas entrevistas, o ambiente foi escolhido cuidadosamente para evitar barulhos e interrupções. Durante as entrevistas, procurou-se estabelecer um clima de confiança para que as colaboradoras pudessem relatar as experiências, os medos e as dúvidas livremente, permitindo avançar ou retroceder no relato de suas experiências, conforme julgassem necessário para esclarecer sua visão sobre o tema abordado (TRIVIÑOS, 1987).

As entrevistas, depois de gravadas, foram transcritas e transcriadas para a construção das narrativas e identificação de tons vitais, mudando o estágio de gravação oral para o escrito. Nesse processo, estão incorporadas, portanto, a transcrição absoluta, a textualização e a transcriação (MEIHY; 2005; RIBEIRO; GUALDA, 2011).

A transcrição é absoluta quando há a passagem completa dos diálogos e de sons da forma como foram captados. Nessa fase, as palavras ditas foram postas em estado bruto, da forma como foram faladas pelas colaboradoras. Perguntas, respostas, erros e repetições foram mantidos (MEIHY; 2005; RIBEIRO; GUALDA, 2011).

Em seguida, realizou-se a textualização. Nessa fase, houve a fusão das perguntas com as respostas e o texto passou a ser predominantemente da narradora. Assim, foram eliminadas as perguntas, os vícios de linguagem, os erros gramaticais e as repetições. Durante o tratamento da textualização, foi escolhido um tom vital, que corresponde à frase que guia ou epígrafe para a leitura da narrativa. Portanto, essa frase escolhida funcionou como um farol que guiou o trabalho (MEIHY; 2005; RIBEIRO; GUALDA, 2011).

Na última etapa, a transcriação, as narrativas foram recriadas em sua plenitude. Nesse momento, as narrativas são retalhadas de forma livre, abandonando os caminhos da racionalidade

e inserindo as dimensões subjetivas e criativas, trabalhando inclusive a pontuação para proporcionar à narrativa as sensações da entrevista (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

Após a transcrição, entrei em contato com as colaboradoras para a conferência das narrativas escritas. O ponto principal foi a identificação e o reconhecimento das colaboradoras na história contada, e, caso sentissem necessidade, poderiam apresentar modificações para compor a versão final apresentada. Obedeceu-se aos acertos combinados com cada colaboradora que legitimou o texto final no momento da conferência.

A pessoa que interpreta uma narrativa não escapa de sua própria experiência ou postura, mesmo quando procura ouvir e compreender o participante. Os relatos narrativos são relatos significativos que apontam o que é percebido, o que vale a pena conhecer, o que preocupou, o que fala (BENNER, 1994; BENNER, 2000). A narrativa tem como premissa estar integrada ao fenômeno e preservar a dimensão temporal e não abandonar o texto construído (BASZANGER; DODIER, 2004).

Ao realizar as entrevistas, todas as situações foram observadas, como o local, a presença de ruídos ou de outras pessoas, as expressões faciais e as situações de choro ou de risos. Para essas observações, foi utilizado o Caderno de campo com as Notas de Campo agrupadas da seguinte forma (OLESEN, 1991; RIBEIRO; GUALDA, 2011):

- **NO:** Notas de Observação: referentes à descrição da apreensão imediata da situação observada;
- **NT:** Notas Teóricas: referentes às reflexões pessoais do pesquisador acerca da situação observada, levando em consideração o referencial teórico;
- **NM:** Notas Metodológicas: referentes às reflexões do pesquisador acerca da situação observada, levando em consideração o referencial metodológico;
- **NP:** Notas Pessoais: referentes aos sentimentos do pesquisador frente ao desenrolar da situação.

As notas de campo foram realizadas após observação da situação ou do término das entrevistas. Procurei me distanciar para que minhas impressões não fossem afetadas. As notas teóricas e metodológicas foram feitas depois, quando buscava o referencial teórico de análise e de metodologia de estudo, procurando correlacionar o conteúdo das leituras com as situações vivenciadas. Essas Notas de Campo ajudaram na construção das narrativas das colaboradoras.

O número de colaboradoras foi definido por critério de saturação de dados, que se trata do momento em que as entrevistas acabam por se repetir, seja em seu conteúdo, seja na forma pela qual se constrói a narrativa. Esse ponto de saturação acontece quando o pesquisador tem a impressão de que não há nada de novo a apreender sobre o objeto de estudo, se prosseguirem as entrevistas (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Porém, mesmo chegando a esse ponto, foram realizadas mais algumas entrevistas para se certificar da validade da impressão.

## 6.5 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados, foi empregado o método de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2009), o qual consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações com a utilização de procedimentos sistemáticos e de objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Tal método é dividido em três polos: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos dados, inferência e interpretação.

### a) Pré-análise

É a fase de organização do material a ser analisado; objetiva tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Nessa etapa, foi feita a organização propriamente dita por meio de quatro etapas:

- *Leitura flutuante*: que consistiu em estabelecer contato com os documentos da coleta de dados e em conhecer o texto, deixando-nos invadir por impressões e orientações, em que pouco a pouco a leitura foi se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes, de projeção de teorias adaptadas sobre o tema e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre análogos.

- *Escolha dos documentos*: trata-se de um conjunto de documentos selecionados para serem submetidos aos procedimentos analíticos. Tal etapa se deu em função do objetivo do trabalho.

- *Formulação de hipóteses e dos objetivos, referenciação dos índices e elaboração de indicadores*, que envolveu a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2006).

As entrevistas foram transcritas e transcriadas e sua reunião constituiu o CORPUS da pesquisa. Para tanto, foi preciso obedecer às regras de (SILVA; FOSSA, 2015):

- Exaustividade: deve-se esgotar a totalidade da comunicação, não omitir nada;
- Representatividade: a amostra deve representar o universo;
- Homogeneidade: os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes;
- Pertinência: os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e ao objetivo da pesquisa;
- Exclusividade: um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria.

#### b) Exploração do material

Nessa segunda fase, foi realizada a exploração do material para a definição de categorias (sistema de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar que corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). Essa é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e pelos referenciais teóricos (BARDIN, 2006).

O processo de categorização pode ser definido como “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero” (BARDIN, 1977, p.117).

Para escolher categorias, pode haver vários critérios como o semântico (temas); o sintático (verbos, adjetivos, pronomes); o léxico (juntar pelo sentido das palavras, agrupar os sinônimos, os antônimos); e o expressivo (agrupar as perturbações da linguagem, da escrita) (BARDIN, 2009).

Assim, as categorias são grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo o grau de intimidade e de proximidade, e, por meio de sua análise, exprimem significados e elaborações importantes que atendem aos objetivos do estudo e criam novos

conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos (CAMPOS, 2004).

c) Tratamento dos dados, Inferência e Interpretação

Foram realizados a condensação e o destaque das informações para a análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e da crítica (BARDIN, 2006).

## 6.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo submetido à apreciação e à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas – MG, pela Plataforma Brasil, e aprovado sob o parecer consubstanciado de número 2.196.281 (ANEXO I), conforme a resolução nº 466/ 2012 (BRASIL, 2012b).

Para a coleta de dados, foi solicitada autorização da Secretária de Saúde do Município de Alfenas, Minas Gerais (APÊNDICE A).

Para cada colaboradora, foi solicitada autorização por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). A autorização se deu após se esclarecerem os aspectos éticos da pesquisa, a livre participação e que, para assegurar o anonimato, cada colaboradora receberia um nome fictício.

Além disso, as colaboradoras foram informadas de que as entrevistas seriam gravadas por Gravador de Voz Digital (Dvr 8 gb /Mp3) e que, após o devido uso e período de armazenamento, seriam destruídas. Os dados contidos no estudo seriam utilizados apenas para fins científicos, sendo contemplados os princípios éticos e legais básicos que envolvem as pesquisas com seres humanos.

Foi esclarecido que sua colaboração é relevante para profissionais de saúde envolvidos na assistência à saúde do binômio mãe-filho, para a comunidade científica e para a sociedade como um todo. Deixou-se claro também que, como em qualquer pesquisa, há riscos mínimos e que o suporte necessário seria prestado.

A colaboradora foi informada que, após a entrevista, os dados seriam transcritos e lidos para sua aprovação e, caso não concordasse ou não autorizasse, não fariam parte desse estudo. Além disso, ficou explícito que poderia sair a qualquer tempo, excluindo sua participação da pesquisa.

## 6.7 RIGOR METODOLÓGICO

O rigor na pesquisa qualitativa está relacionado com a subjetividade do pesquisador (LUDKE; ANDRÉ, 1986; BENNER, 1994; CARNEIRO; CORBISHLEY, 2000; RIBEIRO; GUALDA, 2009). Essa subjetividade decorre do envolvimento do pesquisador com os colaboradores no processo de investigação. Assim sendo, pontos importantes relativos à objetividade precisam ser observados pelo pesquisador, para que a validade do estudo seja garantida: reconhecimento, pelo próprio pesquisador, de seus pressupostos e valores antes de iniciar a pesquisa (GUALDA; HOGA, 1997).

Corroborando essa afirmação, Matheus e Fustinoni (2006) afirmam que:

Agir com Ética na análise dos dados significa não manipular as informações em hipótese alguma. Há necessidade de assegurar o rigor científico em todo o processo de pesquisa, fundamentalmente, nesse momento em que o (a) pesquisador (a) lida com a subjetividade dos dados (p. 162).

Foi adotada como validação a devolução dos dados às próprias colaboradoras ao final do estudo. Não obstante, a aprovação ou validação da Banca examinadora é considerada como forma de validação (BATISTA, 1994; RIBEIRO; GUALDA, 2009; RIBEIRO et al., 2013).

## 7 AS HISTÓRIAS DA VIVÊNCIA MATERNA DO DESMAME PRECOCE

A seguir passo a descrever as redes formadas por seis colaboradoras mulheres, mães de crianças maiores de seis meses de idade e que desmamaram seus filhos precocemente. Início pela caracterização das colaboradoras, as notas de campo e, posteriormente, as narrativas advindas das histórias de vida das mães. Buscando garantir o anonimato, cada colaboradora recebeu o pseudônimo “Maria” seguido por um nome de flor.

### ***A HISTÓRIA DE MARIA ANGÉLICA***

*Trinta e oito anos, branca, eutrófica, estatura média, cabelos médios louros, olhos castanho-claros. Ensino superior completo, casada, mãe de dois filhos, multigesta com dois abortamentos e dois partos cesáreos. Adequado acompanhamento do pré-natal, cesariana sem intercorrência. Amamentou por quatro meses.*

#### **Notas de campo:**

Foi minha primeira puérpera e eu já a conhecia. Então expliquei sobre meu trabalho e agendei uma visita em seu domicílio. Realizei visita domiciliária conforme dia e horário agendado. Cheguei para a entrevista às 17 horas conforme acordado. Fui recebida pela própria colaboradora que se encontrava sozinha com os dois filhos. Ela convive com o companheiro e os dois filhos. Reside em casa própria, grande, porém não acabada por fora, de alvenaria, com saneamento básico e boas condições de higiene. Bairro calmo e silencioso do município. Realizou pré-natal corretamente e faz acompanhamento de puericultura da filha menor. Ao vê-la, pude perceber uma expressão séria, olhos fundos, aparência de cansada. A filha menor acabara de acordar e o mais velho assistia à televisão na sala, sozinho. A conversa aconteceu na cozinha da casa, um cômodo confortável, limpo e organizado. Iniciei explicando sobre a pesquisa e, após esclarecimentos, ela assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante a entrevista, teve pouco contato visual, com falas curtas e expressão facial séria. O único momento que expressa um sorriso curto é quando fala do aleitamento materno do filho mais velho, como se demonstrasse satisfação por tê-lo realizado. Foi uma visita rápida. Logo o companheiro chegou e,

com tons de aspereza, começaram a conversar. Nesse momento, ela parou seu relato e silenciou. Com essa colaboradora foi realizada uma entrevista.

***“Eu queria ter amamentado por pelo menos um ano.” [Tom vital]***

*No início da amamentação, foi tranquilo! Não tive problema com a amamentação. Eu preparei (o peito) antes! Como eu já tive um filho, eu sabia! Eu tomei sol, passei bucha para facilitar a pega. Ela pegou fácil! Eu não tive rachadura ou mastite, eu não tive nada! Pra mim eu até tinha bastante leite, mas ela não mamava muito, parecia que ela tinha dificuldade de mamar. Ela ganhava pouco peso! Eu percebi isso. Com quatro meses, tive que voltar a trabalhar e introduzi a fruta com orientação do médico, pela manhã. Eu tentava tirar leite, mas eu não conseguia tirar muito leite e introduzi o leite de soja, porque percebi que ela tinha muita cólica com o leite que tinha a proteína do leite. Ela toma até hoje o leite de soja. Amamentei mais um mês, um mês e meio e ela largou tudo. Eu entrei com a papinha, alimentação mais sólida ... Como eu amamentei meu filho mais velho por quase três anos, (risos) eu queria ter amamentado essa filha pelo menos um ano, então eu fiquei bem chateada! Porque eu queria que ela amamentasse por pelo menos um ano. Três anos eu achei que foi muito porque a criança à noite acorda muito, acorda para fazer o peito de bico, de chupeta, mas eu queria ter amamentado por pelo menos um ano.*

## **A HISTÓRIA DE MARIA LIZ**

*Vinte e oito anos, parda, eutrófica, estatura média, cabelos longos pretos, olhos escuros. Ensino médio completo, união estável. Primigesta, de um filho vivo nascido de parto cesárea. Adequado acompanhamento do pré-natal, cesariana sem intercorrência. Amamentou por dois meses e meio.*

### **Notas de campo:**

O encontro foi realizado conforme dia e hora previamente agendados. Fui recebida pela colaboradora que parecia muito alegre pela minha visita. Na casa estavam seus pais e outros familiares. Ela mora na parte superior da casa de seus pais. Uma casa média, antiga, com cômodos estreitos, em uma rua muito movimentada de bairro central do município. Para conversarmos, ficamos em uma sala a sós. Expliquei sobre a pesquisa e, após o esclarecimento, ela assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante a conversa, estive um pouco ansiosa, falava bastante, num tom de voz forte, relatava os fatos detalhadamente. Manteve o contato visual comigo o tempo todo. Porém, sua fisionomia mudou quando começou a contar sobre a fase de amamentar o filho com a mamadeira. Apresentou uma expressão entristecida e tinha em sua fala muito saudosismo. Enquanto explicava a sensação de amamentar nas mamas se acariciava, mostrando-me como o filho fazia durante as mamadas. Depois da entrevista, ficamos por mais de uma hora conversando e pude ouvir dela várias vezes que trocaria tudo, se fosse possível, para continuar a amamentar. Nesse momento, seu tom de voz já era mais suave que nos outros momentos. Com essa colaboradora, foi realizada uma entrevista.

***“Eu senti muito deixar de amamentar, porque eu o sentia perto de mim e eu o queria pertinho de mim! (...) Então perdeu, perdeu tudo isso, trocou!” [Tom vital]***

*Em relação ao preparo para a amamentação no pré-natal, não teve nenhuma! O médico obstetra pedia para que eu fizesse banho de sol, mas é impossível fazer banho de sol em casa com muitas pessoas junto! Então eu não fiz nada! Têm mães que falam que se apertar o peito sai leite, acho que é mito! Eu apertava e não saía! Eu cheguei no dia da consulta de pré-natal desesperada e disse ao médico obstetra “eu não tenho leite”! O médico obstetra disse “Calma é a primeira gestação”! E realmente, no hospital meu leite*

vazava. No hospital, passei por uma cesariana. Quando o parto é cesárea, demora mais tempo para o leite descer, porque não manda direto para cérebro, e isso e aquilo, e demora um pouquinho. Fomos para o quarto e ele era muito guloso! Ele chegou querendo amamentar, mas não tinha leite para descer! As enfermeiras do hospital foram muito boas comigo, porque como eu não tinha leite, elas ajudavam dando no copinho, na seringa, punha na seringa com um caninho na beiradinha, o ajudavam a mamar. Ele tinha muita sucção, até muito forte! Como o pessoal fala que dói, eu esperava sentir dor, mas não senti nada, só uma pressão! Meu peito não rachou em momento algum. Em vez de ele perder peso no hospital, que todo bebê perde peso, ele manteve o peso porque amamentou certinho, tudo direitinho! Viemos embora e no primeiro dia foi complicado aqui em casa porque o leite não tinha descido ainda. Tentamos dar no copinho, como dava no hospital, mas não dava certo, eu fiquei um pouco desesperada. Ele nasceu numa quarta-feira e saí na quinta-feira, e na quinta-feira de noite desceu meu leite, desceu de escorrer! A primeira vez que desce dói, mas não dói o bico, dói como uma sensação de uma coisa puxando por dentro! Ele mamou, mamou, mamou e foi uma delícia! Eu tenho um buffet de festa infantil, e por isso trabalho muito, e ele veio três semanas antes do que a gente tinha marcado. Era para ter nascido dia 22 e nasceu dia 05, são alguns dias de antecedência. Eu tinha festa já paga e programada, porque meu parto seria cesariana. Eu sentia muita dor, dor embaixo, para ele poder nascer. Como eu tinha festa agendada não tinha como deixar o pessoal na mão, e querendo ou não, por mais que eu tenha minha equipe, meus garçons de confiança, as pessoas que contratam a festa, não entendem! Exigem que eu esteja presente durante toda a festa! Eu tive que ir para o buffet, ainda bem que eu não senti nada, graças a Deus! Na sexta, sábado e domingo, ele estava no buffet comigo. Eu consegui amamentar só no peito o primeiro mês, foi uma beleza! Eu não parei de pegar festa, todo final de semana tinha festa! Ele ficava com minha mãe e eu tinha que vir amamentar, era corrido, era apertado! Eu tinha que fazer os convites aqui em casa, fazer as lembrancinhas, fazer tudo! Para amamentar, o médico fala que tem que ser quarenta minutos, porque o neném tem preguiça de mamar, às vezes acaba dormindo, você tem que acordá-lo! E eu, eu sou uma pessoa agitada! Às vezes, eu não dava os quarenta minutos para ele mamar! Às vezes, com vinte minutos, ele dormia e eu o deixava dormir! Não que ele não pegasse peso, porque ele engordou, só que eu não dava o peito o tempo certinho, tadinho! Ele não mamava corretamente! Porque eu oferecia um peito, ele não pegava! Então, eu oferecia o outro peito depois de um intervalo de tempo, e acabou ficando muito desregulado, sem horário. Mas o primeiro mês foi bom! No segundo mês mesma coisa, mamou direitinho, tudo certinho! Minha mãe achava que meu leite não o sustentava porque ele chorava muito! Procuramos outra médica pediatra e ela falou que era assim mesmo, que estava tudo normal, que às vezes o neném chora. Eu achava que ele tinha cólica, porque neném tem muita cólica! Ele tinha refluxo, mas eu

*não sabia! Só fui descobrir quando ele estava com dois meses de idade! O refluxo que ele tinha era muito sério, porque ele não vomitava, apenas tinha queimação! Ele chorava e nós achávamos que ele estava com cólica, mas era o refluxo. Ele deu muito trabalho! As mães deveriam ser alertadas sobre a possibilidade de o bebê nascer com refluxo. Nós o colocávamos de barriguinha pra baixo não parava, e era pior, e nós não sabíamos! O leite voltava mesmo! Nós não sabíamos! Foi complicado! A pediatra dele pediu para entrar com complemento. Ao entrar com complemento, começou a complementar com pouquinho de leite. Primeiro, ele mamava no peito, depois mamava o leite na mamadeira. Só que a mamadeira é muito mais fácil e ele não quis saber do peito mais! Depois de dois meses e umas duas semanas... Eu dava o peito ele berrava! Punha o peito na boca dele ele berrava! Parecia que nós estávamos beliscando o bebê! Com o tempo, foi desmamando, desmamando, desmamou até que parou! Ele não quis mamar mais! Quando a gente amamenta, é uma coisa muito gostosa porque sente ele muito perto, parece que ele está dentro da gente ainda, sente a mãozinha, sente o toque, sente tudo! No começo, eu sentia muita falta! Eu chorava e falava para minha mãe! Eu falava que eu não sabia ser mãe! Eu falava que veio tudo na hora errada! Eu devia ter mais tempo! Eu não tenho tempo pra cuidar dele! Com o tempo, minha mãe foi conversando comigo, falando assim: “Não é isso! É que você precisa trabalhar para dar as coisas pra ele também! Ele parou de mamar, mas não foi por sua culpa! Foi porque ele ficou preguiçoso!”. E eu fui entendendo. Mas eu senti muito deixar de amamentar porque eu o sentia perto de mim e eu o queria pertinho de mim! Porque não adianta, eu dou a mamadeira pra ele no meu colo, mas não é mesma coisa! Porque antes ele punha a mãozinha atrás de mim, ficava fazendo carinho, passando a mão, passava a mão em mim! Agora não tem mais isso! Ele segura a mamadeira (risos). Então perdeu, perdeu tudo isso, trocou (os carinhos pela mamadeira)!*

## **A HISTÓRIA DE MARIA DÁLIA**

*Vinte e nove anos, branca, estatura média, eutrófica, cabelos castanho-claros, olhos claros. Ensino superior completo, casada, primeiro filho. Adequado acompanhamento do pré-natal, cesariana sem intercorrência. Amamentou por três meses e meio.*

### **Notas de campo:**

O encontro aconteceu na residência da colaboradora em dia e horário escolhidos por ela. Cheguei alguns minutos atrasada devido ao fato de a localidade da casa ser em um bairro novo do município onde as ruas ainda não estão identificadas. Fui recebida pela própria colaboradora de maneira cordial. A mesma se encontrava sozinha com filho que acabara de dormir. A residência é própria, nova, bem organizada, em um bairro silencioso, com poucas casas. Reside com o marido e o filho. A conversa aconteceu na sala, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as devidas explicações e sua assinatura. Iniciou contando como estava sendo difícil conciliar sua vida de estudante de pós-graduação com a maternidade e que este fato se agravava por não poder contar com a ajuda da sogra que agora estava doente. Trazia em seu rosto uma expressão de cansaço e de preocupação. No decorrer da conversa, falou com boa fluência, sem constrangimento e sem dificuldades de expressão. Porém, quando descreveu sua experiência no aleitamento materno, falou com muita satisfação do quanto era prazeroso esse momento e demonstrou como eram os carinhos entre ela e o filho. E com pesar contou como foi difícil ver a mudança acontecer da amamentação no peito pela mamadeira. Depois, ainda conversamos por bastante tempo e o filho ainda continuou dormindo. Com essa colaboradora, foi realizada uma entrevista.

***“Eu senti que foi uma quebra de laço! Era o que mais me deixava presa a ele, era a hora de amamentar (...). Era um momento muito nosso mesmo!” [Tom vital]***

*Para mim, foi muito tranquilo porque eu tive um pré-natal bom! Não tive dor, não senti dor, meu peito também não rachou, não chegou a rachar. Desde o pré-natal, eu já usava uma pomada ao redor do meu seio, eu acho que hidratei bastante, então quando meu filho nasceu eu não tive dificuldade nenhuma! No hospital, a enfermeira já ensinou como era a pega. No primeiro dia, eu tive dificuldade, porque ainda estava deitada devido à cesárea, eu tive*

certa dificuldade para amamentá-lo. Mas, a partir do segundo dia, que eu comecei a sentar ele fez a pega direitinho, e eu não tive dificuldade nenhuma! O único problema pra mim foi que juntou muito leite, então empedrava demais o leite, doía demais meu peito! Eu sempre o trocava, colocava uma hora para mamar num lado, uma hora pra fazer a mamada num outro seio, para sempre estar esvaziando os dois peitos. Mas eu tinha que ficar o tempo todo de concha. Eu colocava uma concha porque vazava leite o tempo inteiro e jorrava! Eu ia tomar banho esguichava leite de tanto leite que eu tinha! Ele não teve dificuldade! Às vezes, doía muito o bico do meu peito! Quando ele mamava, muito doía, ficava um pouco vermelho! Mas, até dar a hora da próxima mamada já estava tranquilo de novo! Então, não tive dificuldade nesse sentido de dor, de rachar, de machucar, isso não tive realmente! A única coisa foi empedrar mesmo o leite porque juntava muito! Eu tinha que fazer massagem para esvaziar um pouco o meu peito. Às vezes, eu passava um pouco o pente ou embaixo do chuveiro, quando esquentava amolecia minha mama e eu tirava um pouco de leite também. Ele mamava sempre de duas em duas horas, depois começou de três em três horas, mas eu não tinha dificuldade nenhuma! Ele pegou direitinho, não machucou. Era muito tranquilo! Ele mamou até três meses e meio porque eu voltei a estudar. Eu não conseguia tirar o leite e meu leite já foi diminuindo! Eu já não conseguia tirar leite pra deixar pra ele! Eu já comecei a intercalar porque eu já sabia que ia voltar a estudar. Eu comecei a intercalar, isto é, eu dava o peito antes de sair e à hora em que eu saía eu deixava a mamadeira pronta. À hora em que voltava eu dava o peito de novo! Começamos a fazer esta escalinha. Depois, ele já começou a mamar só na mamadeira. Meu leite começou a diminuir muito, eu sentia que ele mamava, mamava, mamava e não o sustentava! Ele começou a chorar muito e começamos a dar mais o leite artificial. O pediatra passou para o leite de lata, e nos dávamos o leite artificial. E acabou que por fim ele foi indo, foi indo, foi indo e deixou de pegar o peito e ficou só na mamadeira! Ele já tinha uns quatro meses, quatro meses e meio quando ele já ficou só na mamadeira mesmo. No começo, foi muito difícil porque eu gostava muito de amamentar, porque como eu não sentia dor, num machucou nem nada! Então pra mim era um momento: era mais eu e ele! E tinha aquele contato, e eu sentia que ele ficava assim muito... Ele ficava mais grudado comigo quando estava chegando perto da hora de mamar! Então eu gostava muito de amamentar! Quando eu já comecei nessa fase de ter que voltar a estudar e já sabia que eu ia ter que deixar de amamentar, foi muito difícil! Porque embora deixar de amamentar seja uma liberdade, que ao mesmo tempo é uma coisa que acaba prendendo a gente, mas eu sentia muita falta! Até quando eu estava longe, na rua, meu peito chegava a doer na hora dele mamar! Parece que eu até sentia! Então meu peito até doía, às vezes juntava leite, eu estava na rua juntava o leite, na hora em era para amamentá-lo! Essa época de desmame foi muito difícil! Eu sofria no sentido de cortar laços! Eu senti que foi muito isso, porque era o momento que era

*muito eu e ele, senti que realmente foi uma quebra do nosso laço! Mas, depois, acabou que meu leite foi secando, eu já fui entendendo, fui entendendo melhor, foi mais tranquilo! Mas nos primeiros dias, nas primeiras semanas, foi muito difícil! Porque eu sentia a hora que ele estava com fome, doía meu peito (toca as mamas)! Juntava leite ainda, então foi difícil! Mas, fui me adaptando e ele também! Ele também não teve dificuldade para pegar mamadeira, então isso também foi um ponto positivo, porque têm algumas crianças que tem essa dificuldade. E ele não teve dificuldade, como ele era novinho ainda, eu acho que ele ainda não diferenciava tanto o bico da mamadeira. E ele não teve dificuldade! Foi o que me deixou tranquila! Porque eu sabia que se eu tinha que deixá-lo, que ia chegar a hora da mamada e ele ia mamar na mamadeira! Isso foi tranquilo! Mas, eu senti que foi uma quebra de laço mesmo! Era o que mais me deixava presa a ele, era a hora de amamentar! Porque eu acho que ele tinha um contato comigo principalmente visual muito grande, ele olhava muito pra mim eu olhava muito pra ele, e passava muito a mão nele! Era um momento muito nosso mesmo! Acabou que isso mesmo dando mamadeira a gente tinha esse contato, mas não era ele estar em mim, não era a mesma coisa! E era prazeroso eu amamentar, saber que ele estava em mim, que estava saindo era o meu leite e que estava o sustentando! Mas, depois que acabou, eu fui realmente me adaptando à ideia da mamadeira. Depois até esqueci, depois de um tempo. Mas no começo foi muito difícil, foi muito difícil!*

## **A HISTÓRIA DE MARIA IRIS**

*Trinta e quatro anos, parda, estatura média, eutrófica, cabelos longos pretos, olhos castanho-escuros. Ensino médio completo, casada e mãe de duas filhas. Adequado acompanhamento do pré-natal, cesariana sem intercorrência. Amamentou a filha mais nova por um mês e meio.*

### **Notas de campo:**

O encontro aconteceu em sua residência em data e hora pré-agendada. Fui recebida pela colaboradora que me esperava na porta para que eu encontrasse a casa com mais facilidade. Reside em casa própria nova, grande, bem organizada, num bairro calmo do município. Estavam em casa o esposo e as duas filhas assistindo televisão, num clima familiar aconchegante. Ela me direcionou para o quarto das meninas para que nossa conversa fosse privada. Expliquei sobre a pesquisa, leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante toda a conversa, permaneceu cabisbaixa, me olhava algumas vezes, o tom de voz era calmo, falou pouco, mas com segurança. Com pesar, relatou o quanto foi conturbada a segunda gravidez e a comparou com a primeira que havia sido planejada. Senti a necessidade de procurá-la novamente para saber mais como tinham sido seus sentimentos após o parto. No relato, classificou seus sentimentos como depressão pós-parto, mesmo não sendo diagnosticada pelo médico nem tratada. Compreendi que para ela o que sentia era tão intenso e oposto ao que sentiu na primeira gravidez que podia ser visto como uma depressão. Com essa colaboradora, foi necessário realizar mais um encontro para melhor compreender alguns aspectos da sua fala.

***“Não tinha tempo para descansar, não tinha um tempo para mim!” [Tom vital]***

*Eu tenho duas filhas. A minha gestação da primeira filha foi bem tranquila, a amamentação dela foi tranquila também! Eu consegui amamentar a minha primeira filha até os sete meses! Eu consegui amamentar! Mas, depois, eu achei que o leite não estava sustentando e já comecei a introduzir a mamadeira para ela. Depois de algum tempo eu tive a minha segunda filha. Essa gestação foi um pouco mais agitada por causa de mudança de casa, preocupações cotidianas, tudo isso! Eu a ganhei e no hospital eu consegui amamentar, tudo certinho! O leite demorou um pouco*

*pra descer, mas veio. Eu a trouxe para casa e com a mudança de uma casa pra outra eu fiquei muito agitada! Não tinha tempo para descansar, não tinha um tempo para mim! Eu não consegui amamentar minha filha mais ou menos só um mês e meio, porque no segundo mês eu já não tive mais leite mesmo. Mesmo tentando amamentar, mesmo oferecendo o seio para ela o leite não descia mais! Não sei se é porque também eu tive depressão pós-parto, então acho que isso ajudou essa questão de não ter mais o leite. Acredito que em relação a elas teve muita diferença. A primeira filha que eu amamentei até os sete meses ela teve realmente muito mais saúde, a imunidade dela é bem maior, é uma criança que hoje tem 4 pra 5 anos é muito difícil ficar doente, nem resfriado pega, muito difícil mesmo! Agora a filha mais nova, que por não ter amamentado muito tempo, foi uma criança que ficou muito doente, bebeu muito antibiótico, teve muita sinusite, muito problema respiratório! Foi uma criança que ficou bastante debilitada, bastante resfriada, bastante doentinha! Agora que ela está com três anos de idade que ela está melhorando a imunidade dela, mas, enquanto ela era bebê, ela ficou bastante doente. Perdeu peso, perdeu um pouco de peso sim, foi quando eu tive que levá-la na pediatra e falar que não estava vendo minha filha desenvolver. E realmente a pediatra a pesou e realmente ela não estava ganhando peso. Eu fui à pediatra e falei para ela que não tinha mais como amamentar no seio, e ela me orientou a passar para o leite em pó e comecei a dar o leite artificial para ela. Ela mamou leite artificial até mais ou menos um ano, mais ou menos um ano e meio. Depois eu fui passar para outro leite artificial e ela não pegou o outro leite artificial, não pegou de forma alguma e eu já passei para o leite de vaca. Foi bem desse jeito mesmo! Depois, eu já comecei a introduzir frutas, papinha, essas coisas mais sólidas.*

## **A HISTÓRIA DE MARIA ROSA**

*Vinte e nove anos, branca, alta, eutrófica, cabelos médios louros, olhos claros. Ensino médio completo, casada, primeira filha. Adequado acompanhamento do pré-natal, cesariana sem intercorrência. Amamentou por dois meses, não sendo exclusivo.*

### **Notas de campo:**

Nosso encontro foi em sua residência, também em dia e hora acordados com ela. Mora em casa anexa à dos seus pais, pois estão construindo a casa própria. Na época da gravidez e nos primeiros meses de vida da criança, ainda moravam em outra casa alugada. A colaboradora me recebeu com satisfação. A conversa aconteceu num clima muito agradável, falava bastante, com clareza e segurança. A gravidez tinha sido planejada e muito desejada pelo casal. Quando relata da assistência que teve no hospital após o parto, demonstra inconformidade pelo fato de o leite artificial ter sido oferecido ainda na maternidade. Na sua família, duas parentes (tia e irmã) tiveram filhos bem próximos a ela, por diversas vezes fez comparações em relação a elas e a companheira de quarto no hospital. Com essa colaboradora, foram necessários mais dois encontros para esclarecer melhor alguns aspectos relatados.

***“Até hoje eu fico pensando que eu queria amamentar pelo menos até os seis meses! Eu queria muito!” [Tom vital]***

*Eu lia bastante sobre amamentação, mas eu não preparei o seio! Nada! Não fiz preparação nenhuma em relação ao aleitamento! Quando minha filha nasceu, meu leite demorou pra descer, pois foi cesárea. Eles falam que é por isso que demora um pouco para descer. E ela apresentou glicemia baixa. Por isso no hospital mesmo eles já entraram com leite artificial para ela, até meu leite descer. Primeiro foi na seringa que deram o leite para ela. No dia que eu recebi alta, eles deram no copinho. Falaram que em casa, eu poderia dar o leite meu no copinho ou até na chuquinha, porque eu tinha medo dela engasgar. Eles falaram que eu poderia estar oferecendo numa chuquinha para ela. Eu já saí do hospital com o leite artificial! Eles me deram uma seringa de leite para continuar dando esse leite para ela em casa. Tive um retorno com sete dias no hospital e o pediatra não retirou o leite artificial. Mandou-me continuar com 30 ml, e continuar oferecendo o peito, “toda mamada você oferece o peito”. E eu oferecia, mas ela já sabia que*

*depois vinha o mais fácil por isso que ela foi largando! Em casa, dei na chuquinha! O primeiro dia eu dei na seringa e depois já dei na chuquinha mesmo! Meu leite começou a descer e chegou a empedrar. Começou no outro dia, após o nascimento, a empedrar meu leite! E eu tentando estimular a bebê para mamar! Minha filha pegava certo, as enfermeiras da maternidade falavam que ela tinha a pega correta no mamilo. Mas não sei se eu que não estava conseguindo ou se era o leite que não estava descendo, não sei explicar! No primeiro dia, eu vi que empedrou sim porque doía muito e eu tirei com a bombinha! No começo, eu conseguia tirar bastante leite com a bombinha quando ela não mamava. Eu não sei o porquê ela não conseguia mamar! As enfermeiras do hospital falavam que ela pegava certinha e eu sempre em todas as mamadas eu dava para ela o peito! O médico pediu então para dar o peito e completar com 30 ml de leite artificial. Eu saí com essa orientação do hospital. Eu tentava estimular, só que cada vez mais a minha produção de leite era menor. E minha filha tinha fome mais rápido porque ela mamava meu leite e mamava o outro leite também! Eu não sei se ela estava ficando satisfeita com meu leite, se estava saindo pouco, não sei! Mas eu vi pela bombinha, pois ficava tentando na bombinha também para dar pra ela o meu leite mesmo. Só que mesmo assim não estava saindo muito! Porque no começo eu enchia a chuquinha e depois eu nem conseguia encher. No começo, eu tirava 30 ml e depois bem pouquinho. E ela estava mamando mais na mamadeira do que no meu peito! Minha filha chorava muito por fome! Eu dava o peito, ela começava a sugar, não sei se ela achava difícil, mas ela largava! Chorava de fome e eu dava chuquinha! Isso fez com que fosse diminuindo minha produção de leite e ela foi achando a mamadeira mais fácil! Nesse período, eu dei sempre o mesmo leite artificial, não mudei o leite! Aos 2 meses de idade, ela tomou as vacinas e teve reação, deu febre e ela não quis pegar meu peito! Eu oferecia o peito e ela recusava e empurrava! Eu fui ofertando a mamadeira até passar a febre. Foram dois dias com febre, depois eu daria o leite materno, mas todo mundo ficou falando que eu não poderia dar mais leite materno porque ficou dois dias sem amamentar e que o leite estava velho, que o leite estava podre e poderia fazer mal para ela! Eu não tentei mais depois disso! Depois de dois meses, eu não tentei mais! Até hoje é só o leite artificial prescrito anteriormente. Mas ela mamou só até os dois meses! Ela não conseguia pegar direito! A moça que ficou comigo no mesmo quarto teve parto normal e o filho não conseguiu pegar o peito. Ela não teve alta porque o recém-nascido não estava amamentando e a glicemia dele estava bem baixa. Para os dois, foi oferecido leite artificial. Porém, o leite dela vazava! O valor da glicemia melhorou depois. Foi só a primeira vez que estava um pouco abaixo porque meu leite não desceu! Por isso eles deram o leite artificial! Não lembro o valor da glicemia, mas estava pouco abaixo do normal. O valor da glicemia do filho da outra paciente do mesmo quarto estava bastante baixo. Acho que o valor normal é trinta é 30 e da minha filha estava mais ou menos 28. Estava pouco abaixo do normal.*

*Por isso a enfermagem oferecia o leite na seringa para ela e ela mamava! Na noite seguinte minha tia que dormiu comigo, ela é técnica de enfermagem, e ficou me estimulando para amamentar. Ela dizia “você tem que amamentar!”. As enfermeiras levavam a seringa com leite pra minha filha e minha tia dizia “não! Pode deixar que eu dou!” As enfermeiras respondiam “pode”. Minha tia me acordava e fazia oferecer o seio. Eu oferecia o peito! Tentava bastante! Oferecia um seio e depois o outro! Mesmo que não estivesse saindo nada, minha tia a fazia sugar (risos). Depois minha tia dava para ela o outro leite na seringa. Mas, estava saindo bem pouco, acho que é o colostro que eles falam. Já estava descendo! Quando eu recebi alta, a outra enfermeira foi me ajudar a amamentar e falou assim: “Seu leite já está descendo, você pode estimular a bebê para mamar!” Quando eu recebi alta, porque eu fiquei dois dias, o médico disse: “Não! Você vai dar 30 ml depois que você der os dois peitos, você oferece os dois peitos depois você pode dar 30 ml”. Mas a enfermeira falou pra mim que meu leite já tinha descido! Eu senti em meu peito que o leite já tinha descido! Foi um único dia, mas, senti meu peito cheio e até cresceu mesmo! Ficou duro, empedrou porque ela não estava dando conta de mamar, de tanto leite que tinha! E como ele me orientou ainda dar os 30 ml ela ficava mais tempo ainda sem mamar. Eu comecei a tirar com a bombinha porque estava doendo. Conseguia tirar bastante nos primeiros, uns três dias eu tirei bastante leite na chuquinha para ela, depois foi diminuindo. Fui dando esse leite. Eu não dava o leite artificial, porque ela amamentava em mim e depois mamava os 30 ml na chuquinha. Com sete dias, eu fui ao retorno para ver se ela estava ganhando peso. Ela nasceu com dois quilos e seiscentos gramas e por isso com sete dias já marcaram retorno, eles falaram que ela tinha nascido abaixo do normal, que era abaixo do peso. Eu retornei e ela já tinha engordado o que ela tinha que engordar. O médico disse “Não! Pode continuar do mesmo jeito então, mas estimula mamando em você, estimula mais em você. Se você observar que ela não mamou você dá os 30 ml do leite artificial. Não oferece o leite artificial em toda mamada”. Fui fazendo isso! Só que cada vez ela foi mesmo não querendo porque o outro era bem mais fácil! Ela chorava, chorava, para não mamar! E ela pegava certinho! Porque meu peito não rachou! Eu coloquei o bico de silicone porque com o bico ela mamava melhor do que com o bico do meu peito, porque eu não tinha bico do peito! Eu colocava o bico de silicone, fazia um bicão e ela pegava certinho! Tanto é que ela mamava com o bico! Eu tirava o bico ela não queria, por causa de eu não ter muito leite! Por ser mais difícil dela pegar, ela não queria! Ela pegava só com o bico de silicone! Ela era sem vergonha! (risos). Até hoje eu fico pensando que eu queria amamentar pelo menos até os seis meses! Eu queria muito! Quando ela fica resfriada, fico mais triste ainda porque eles falam que quando está mamando leite materno eles têm uma imunidade maior. Eu fico triste porque ela fica bastante resfriada, agora ainda na creche está pior! Vira e mexe, ela está doente! Ela melhora uns dois dias, mas logo está resfriada de novo! E minha*

*irmã fala que enquanto a filha dela amamentou nela não ficou doente nem na creche, mas foi só minha irmã tirar ela do peito, que ela começou também a ficar mais doente. Mas o meu leite nunca chegou a vazar! Só nos três primeiros dias! Nunca chegou a vazar igual o povo fala “nossa teu peito está vazando”! Nunca! Nos três primeiros dias, depois que eu saí do hospital, eu ainda usava fralda depois não precisei usar mais nada porque não estava vazando, foi só diminuindo! Acho que por ela não estar mamando tanto, porque a bombinha não faz o mesmo processo como a criança! Porque mesmo que ela não mamasse eu punha na bombinha pra tirar e continuar a produção e ela não mamava. Depois que eu fui ao posto de saúde, a enfermeira falou que não tinha problema que ela amamentasse no peito. Eu tentei amamentar, mas ela não quis mais, porque já fazia mais de um mês que eu tinha tirado, ela não quis mesmo! Porque minha família falou que não podia porque o leite apodrece! A enfermeira falou “Não, não existe isso”! Disseram que tinha um processo de relactação, mas eu fiquei sabendo disso bem depois quando a esposa do meu primo que também teve bebê me falou, mas ele também parou cedo de mamar nela, bem cedo! Agora minha tia está “uma vaca leiteira até hoje” (risos).*

## **A HISTÓRIA DE MARIA PETÚNIA**

*Trinta anos, parda, estatura média, eutrófica, cabelos médios escuros, olhos pretos. Ensino superior completo, casada, primeira filha. Adequado acompanhamento do pré-natal, cesariana por indicação clínica devido à pré-eclâmpsia. Amamentou por cinco meses e meio meses.*

### **Notas de campo:**

Após ter encerrado os outros encontros com as demais colaboradoras, decidi conhecer a história de mais uma mãe, para, com segurança, poder finalizar as entrevistas. Então agendei o encontro na residência dessa colaboradora de acordo com sua disponibilidade. Fui recebida cordialmente pela mesma, que estava em casa com o esposo e a filha. Reside em casa própria nova, bem organizada, num bairro calmo do município. A entrevista aconteceu na sala da casa em um clima de bastante naturalidade. Expliquei sobre a pesquisa, leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante a entrevista, falou com firmeza de sua experiência, demonstrava em sua expressão facial e na própria fala muita segurança e espontaneidade. Ao final da entrevista, depois que já tínhamos encerrado a gravação, ela solicitou para falar mais uma coisa, e neste momento pude perceber um tom de desabafo de toda cobrança que vivenciou no processo de amamentação de sua filha. A visita durou cerca de cinquenta minutos e foi realizado um encontro.

***“Foi bem difícil mesmo o processo de amamentação. Muito difícil! Para ser sincera, eu quase desisti, eu não queria mais porque foi muito doloroso e ela chorava muito (...). Eu acho que mãe não tem que ser tão cobrada porque o vínculo também acontece de outras formas.” [Tom vital]***

*Eu sempre lia muito sobre o assunto de aleitamento materno, ainda mais porque eu sou da área da saúde. Eu procurei saber e me inteirar o que poderia fazer antes para melhorar esta questão da amamentação. Fui consciente de que, de tudo que eu já vi até hoje, não seria fácil! É um processo difícil, a mãe precisa entender o bebê e o bebê precisa entender a mãe para que a amamentação ocorra de uma forma boa e adequada. Durante o pré-natal, eu procurei preparar minha mama. Eu procurei fazer tudo aquilo que*

*os antigos falavam, mesmo sem saber se é verdade ou não, eu fazia! Eu passava bucha vegetal, não sei foi válido ou não, mas passava bucha, procurava fazer massagem. Como o meu bico do seio é um pouco introvertido, procurava fazer a manipulação para poder ter um formato melhor para pega. E foi isso durante o pré-natal que eu fiz. Passava óleo a fim de prevenir estrias. Eu sempre quis o parto normal, mas aconteceu de ser cesárea. Eu acho que ainda não estava preparada nem a bebê quando ela nasceu, porque ela nasceu prematura de 36 semanas. E quando ela nasceu ela ainda não tinha aprendido a sugar corretamente, então foi bem difícil mesmo o processo de amamentação! Muito difícil! Para ser sincera eu quase desisti, eu não queria mais porque foi muito doloroso e ela chorava muito! Eu não conseguia saber o que ela queria, e ela estava com fome e não conseguia pegar o seio! Fiz de tudo e graças a Deus meu seio não rachou! Então eu tentei o máximo, tive a colaboração do meu marido que também me ajudou muito. Quando nas madrugadas, nós tentávamos colocá-la no peito, no hospital mesmo. Porque as funcionárias do hospital não tinham tanta paciência para poder nos ensinar. Por mais que eu fosse funcionária do hospital, elas não tinham paciência! Durante o dia sim, me ajudaram, foram no quarto nos ver. Eu tenho uma amiga fonoaudióloga a chamei para tentar me ajudar e ela dizia “tenta dessa forma tal”. Mas a noite, nossa! Eu me senti sozinha! Ainda bem que eu tinha o meu marido, nossa porque me senti completamente sozinha! As funcionárias do hospital já chegavam com copinho de leite artificial para complementar, nem queriam tentar. Eu falava “mas eu quero tentar”, e elas “não você está muito cansada, teu parto foi difícil, você está com dor de cabeça”, porque eu tive pré-eclâmpsia, então, “não, não precisa esforçar não”! Mas eu falava, mas eu quero! Quero tentar porque ela não está conseguindo sugar, eu quero! Mas elas “não, não precisa, não precisa porque a bebê está muito fraca e ela precisa aprender primeiro a sugar, ela precisa tomar o leite, o leite artificial para poder ficar mais fortinha, depois ela vai conseguir”! Ela chorava, chorava e chorava a madrugada inteira, não conseguia pegar! Comprei o bico de silicone para ver se ajudava. Foi bom nos primeiros dias porque ela sugava de um seio, só do direito e do esquerdo ela não conseguia. Depois de muito custo ela conseguiu sugar. Aconteceu que eu fui à primeira consulta do pediatra e ela não estava ganhando peso. Então a pediatra, até ela falou que teria que complementar com o leite artificial! Eu falei, mas eu não quero! Eu queria tentar! Não tem uma fórmula para eu conseguir, eu não sei, a fazer mamar mais? A pediatra disse que ela ainda não sabia sugar direito porque ela era prematura, então ela precisava aprender. A pediatra disse: “vamos complementar um tempo e depois, se caso ela conseguir e for ganhando peso, você tira o leite artificial”. E ainda: “se você conseguir, pode tirar o leite do peito e oferecer para ela no copinho”. Eu peguei e comprei a maquininha de sugar, a maquininha elétrica e foi muito bom para mim porque meu leite começou a empedrar, cresceu muito meu seio, ficou duro, quente, doeu muito, mas ainda bem que meu seio*

*não rachou o bico. Mas doía muito! Por isso que eu acho que é bom ter pessoas que nos ajudam no pós-parto, a gente precisa muito, a puérpera com toda a oscilação de hormônio fica muito sensível, então nós precisamos muito de apoio! Minhas amigas vieram me ajudar, elas ficavam aqui até de madrugada me ajudando a tirar, quando eu não tinha maquininha, me ajudando a tirar o leite para poder dar para ela, mas, mesmo assim, a médica pediu para complementar um tempo. Eu complementava, isto é, eu dava o seio para ela, deixava sugar bastante e complementava, isso com a ajuda do bico de silicone. Quando ela fez um mês, ela ganhou o peso que precisava e a médica falou agora você não precisa complementar mais, pode deixar sugar seu peito. Minha filha já estava conseguindo sugar sem o bico de silicone e eu tirei e depois disso foi só alegria, só no peito, só no peito até cinco meses e meio. Eu falo assim, eu acho que vai de pessoa para pessoa, mas é uma coisa muito boa, o vínculo aumenta muito com o bebê, a gente sente bem de produzir o alimento para o nosso filho, é uma sensação única! Mas, eu não sei se eu fui criada muito para sair para fora, para trabalhar e eu sentia falta um pouco da liberdade, porque o peito ele prende muito a gente! O bebê fica muito dependente e eu não tinha muita paciência para ser sincera! Fui até o máximo que eu consegui! Eu não sei se ela sentiu também minha ansiedade por voltar ao trabalho e meu leite foi secando, foi diminuindo e diminuindo. Eu tentei estimular, tirava com maquininha dava para ela sugar o tanto que ela queria, até a hora que chegou cinco meses e meio! Mas, eu acho que ela mesma sentiu que eu fui trabalhar, ela pegou a mamadeira de novo. Eu fiquei preocupada como seria, tentei por uma semana continuar, mas ela ficava muito nervosa, ela pegava e via que não estava saindo o tanto que ela queria, que ela precisava e ela mesma não quis mais sugar o seio. Quando eu voltei a trabalhar eu fiquei ainda uma semana tentando, eu dava o peito antes de sair, voltava e dava o peito depois que eu chegava do trabalho, eu saía uma hora mais cedo. Mas ela mesma foi parando, não foi nada forçado, foi natural. Eu dei a mamadeira e ela pegou certinho e acabou. Eu acho que hoje em dia tem todo um programa de conscientização sobre o aleitamento e realmente é o melhor para o bebê, é o melhor leite, é o melhor vínculo, é muito bom você poder produzir o leite para seu filho, o leite é o melhor possível, não existe outra fórmula igual ao leite materno! Mas, eu acho que a mulher está sendo muito cobrada quanto a isso! Muitas vezes, quando não dá certo, a mulher se frustra de tal forma porque está todo mundo muito em cima! o aleitamento, o aleitamento! Mas, a gente tem que entender que algumas vezes não dá certo e pronto! E é por isso que a mãe ama menos? Não, não é por isso! E muitas vezes a gente é cobrada! Nossa! Eu mesma quando eu voltei a trabalhar, falavam, “mas você vai deixar sua filha sem leite, sem o peito, como é que vai fazer?!” Eu falava não muda meu sentimento, não muda nada, quando nós estamos dando a mamadeira também tem uma ligação com a criança! A mulher se frustra muito eu acho quando não consegue, ainda mais nesta fase do puerpério que tem tanta*

*oscilação de humor, de hormônios, quando o nosso corpo está voltando ao normal, vem todo mundo falando! Eu acho que todo mundo quer ajudar, a família quer ajudar, mas, acaba atrapalhando porque vem a avó, vem a mãe e falam: “dá mais um pouco, deixa mais um pouco no peito, deixa sugar mais, tira mais, tirou muito pouco leite, quando eu tirava leite da maquininha para dar para ela, nossa mais só isso?! Ela está com fome, ela está com fome!” Não pode dar um choro, às vezes, era fralda que tinha que trocar, e diziam: “está com fome tem que dar leite, está com fome, deixa mais, deixa mais”!. Então é uma avalanche de cobranças que a gente tem que prejudica muito! Eu acho que mãe não tem que ser tão cobrada porque o vínculo também acontece de outras formas.*

## 8 TRATAMENTO DOS DADOS

As narrativas revelaram a trajetória do processo de amamentação e as vivências que levaram as mães ao desmame precoce. Após leituras e releituras cuidadosas, evidenciamos o movimento das falas que entrelaçaram os tons vitais, os conceitos e as atitudes das colaboradoras, resultando na elaboração das categorias empíricas, e subcategorias que não significam menor importância, mas, ao contrário, caracterizam os componentes das categorias de análise. Essas utilizaram uma complexa análise das informações com síntese do pensamento e da criatividade, buscando uma reflexão profunda entre os temas ou achados no estudo e na literatura com o intuito de possibilitar formulações teóricas e recomendações, como passo a descrever.

Início apresentando as redes de colaboradoras que foi formada por seis mães na faixa etária de 28 a 38 anos, o que pode demonstrar que as mães possuem idade adequada para cuidados infantis; casadas; raça branca e parda; sendo metade com ensino médio completo e outras, com ensino superior completo; duas com um filho e as demais, primeiro filho; quatro tinham casa própria; uma morava de aluguel e outra no sobrado da casa dos pais; nenhuma residia em bairro de periferia do município.

A faixa etária variou de 28 a 38 anos, sendo consideradas adultas, o que favorece, pois, nessa faixa etária, espera-se maior maturidade psicológica e emocional, o que facilita o manejo do aleitamento materno, além de estarem mais preparadas para assumir a responsabilidade para cuidar do bebê (SANTANA; BRITO; SANTOS, 2013).

O fato de todas serem casadas também pode ser um facilitador, pois o parceiro pode ajudar nos cuidados com a criança, contribuindo inclusive para a divisão das tarefas, assim como para um apoio mútuo entre o casal.

Quando os pais vivem juntos, há maior prevalência de amamentação exclusiva. Ser mãe solteira pode dificultar a amamentação devido às multitarefas que a mulher deve desempenhar sozinha e à falta de apoio psicológico e social para realizar seu papel de nutriz (MOURA et al., 2015).

Quanto ao nível de escolaridade, mulheres com maior grau de instrução e com melhor nível socioeconômico amamentam por mais tempo. A baixa escolaridade é determinante para a

prática e para a continuidade da amamentação, sendo que tal fator afeta a motivação para amamentar (DIEGO; SOUZA; ZOCHE, 2011).

A maior escolaridade da mãe se apresenta como preditivo de sucesso da prática de amamentação exclusiva, a qual pode estar relacionada à maior aquisição de informações sobre o aleitamento materno. Mães com apenas primeiro e segundo graus têm maior ocorrência de desmame precoce; mães com ensino fundamental ou médio têm maior chance de interrupção dessa prática antes dos quatro primeiros meses de vida da criança (MOURA et al., 2015).

O nível socioeconômico também pode estar diretamente relacionado com a amamentação, ou seja, mulheres com maior aquisição financeira tendem a amamentar por mais tempo do que as mais carentes (RIBEIRO; DANIELLI; GIL, 2011).

Do mesmo modo, o número de filhos pode ser um fator que interfere na amamentação, pois percebemos que mães que têm menos filhos podem dedicar mais tempo e atenção para o aleitamento materno do que mães que dividem os cuidados com outros filhos (RIBEIRO; DANIELLI; GIL, 2011).

As colaboradoras deste estudo, mesmo tendo fatores favoráveis à amamentação, como idade adulta, serem casadas, bom nível de escolaridade e menor número de filhos, vivenciaram o desmame precoce, o que permite compreender que a amamentação está atrelada a outros fatores além dos socioeconômicos.

A seguir, apresento as cinco categorias e respectivas subcategorias que emergiram a partir da História Oral Temática dessas mães.

## 8.1 DES/CONHECIMENTO DAS MÃES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

A compreensão das nutrizes em relação ao aleitamento materno influencia diretamente na atitude quanto ao ato de amamentar. Nesse sentido, as subcategorias *Conhecimento da nutriz sobre aleitamento materno*, *Percepção materna da facilidade de amamentar* e *Benefícios do leite materno na visão da mãe* demonstram o conhecimento limitado que as mães têm em relação ao aleitamento materno, como apresentado a seguir.

### 8.1.1 Conhecimento da nutriz sobre aleitamento materno

Perante as alegações maternas, foi possível identificar que as colaboradoras tinham pouco conhecimento em relação ao processo de amamentar, no que diz respeito à lactação, à manutenção do aleitamento materno, ao tempo de mamada e à ordenha manual.

As mães não são capazes de reconhecer o tipo de leite produzido de acordo com o processo fisiológico da lactação, o que pode gerar insegurança quanto ao leite ofertado e não reconhecer sua importância em cada fase de crescimento e desenvolvimento da criança, como se pode observar no relato a seguir:

*“(...) mas estava saindo bem pouquinho leite, acho que é o colostro que eles falam (...).” Maria Rosa*

Saber sobre a fisiologia da produção e da ejeção do leite humano é fundamental para a manutenção do aleitamento materno; e esse conhecimento, na maioria das vezes, é proporcionado pela educação materna, que se concretiza antes do nascimento e durante a lactação (PRADO; FABBRO; FERREIRA, 2016).

É importante entender que na lactação o primeiro leite produzido é o colostro, um líquido branco transparente ou amarelo, que se mantém por dois a três dias e que é muito importante para proteger a criança contra infecções e ajuda no esvaziamento intestinal (LEVY; BERTOLO, 2008).

Observa-se que para as mães uma boa mamada está relacionada ao tempo que a criança permanece no peito, e que este é pré-determinado independentemente da criança. Também os intervalos entre as mamadas são regulados de modo fixo, o que demonstra um desconhecimento quanto à livre demanda na amamentação.

*“(...) eu não dava tempo dele mamar os 40 minutos, às vezes com 20 minutos ele dormia e eu deixava (...) não dava tempo certinho (...).” Maria Liz*

*“(...) ele mamava sempre de duas em duas horas, depois começou de três em três horas (...).” Maria Dália*

Diferentemente do relato dessas mães, um estudo realizado no Nordeste do Brasil com gestantes em pré-natal, a maioria (68%) das mães relatam que a amamentação deve ser em livre demanda, o que demonstra um conhecimento adequado quanto ao comportamento do

recém-nascido, que normalmente mama com frequência e sem regularidade quanto a horários. Porém, as mesmas, quando questionadas ao tempo de cada mamada, apenas 38% reconhecem que deve ser o suficiente para esvaziar toda a mama (SANTANA; BRITO; SANTOS, 2013).

A recomendação do Ministério da Saúde é que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de duração das mamadas. Nos primeiros meses, é normal que uma criança mame com maior frequência e sem regularidade de horário. Em média, um acríança em AME mama de 8 a 12 vezes ao dia (BRASIL, 2011a).

O tempo de permanência na mama em cada mamada não deve ser fixado. Para cada binômio mãe-filho, o tempo para esvaziar uma mama varia e, numa mesma dupla, pode variar dependendo da fome da criança, do intervalo transcorrido desde a última mamada e do volume de leite armazenado na mama. O importante é que a mãe dê tempo suficiente à criança para que esvazie adequadamente a mama, o que permite que receba o leite final da mamada, rico em calorías, o que promove a saciedade do bebê. Como consequência, haverá um maior espaçamento entre as mamadas, ganho de peso adequado e manutenção da produção de leite suficiente para atender às demandas do bebê (BRASIL, 2015).

As colaboradoras também demonstraram não conhecerem a diferença do ingurgitamento fisiológico, que não necessita de intervenção, do patológico; pois realizam técnicas para esvaziamento das mamas que podem aumentar o ingurgitamento mamário e causar diminuição da produção do leite.

*“(...) eu tinha que fazer massagem para esvaziar um pouco do meu peito, às vezes eu passava o peito embaixo do chuveiro, quando esquentava amolecia e eu tirava um pouco de leite (...).” Maria Dália*

O ingurgitamento fisiológico é discreto e representa um sinal positivo da produção do leite e não requer intervenções. Porém, quando é patológico, a mama fica distendida, o que causa desconforto, e pode apresentar febre e mal estar. Nesse caso, será necessária a ordenha manual, manter livre demanda, massagens delicadas e circulares nas regiões mais afetadas e se pode realizar a crioterapia em intervalos regulares com tempo de aplicação inferior a 20 minutos (BRASIL, 2015).

Quando necessário, realizar a ordenha manual, sobre a qual, é importante lembrar que, apesar de ser uma técnica simples, requer cuidados, dedicação e conhecimento da mãe para

sua realização, visto que, se realizada de forma inadequada, pode causar dor e lesão nos mamilos (MONTESCHIO; GAÍVA; MOREIRA, 2015).

As orientações recebidas pelas mães sobre amamentação durante a gestação e após o parto influenciam positivamente o padrão de aleitamento. Essas orientações são fundamentais para motivar as nutrizes a iniciarem e a manterem o aleitamento materno e também favorecem para informar sobre as vantagens para o binômio nutriz-bebê, estimulando as discussões sobre mitos e tabus (MOIMAZ et al., 2013).

O conhecimento adequado do processo de amamentação pode ser um fator que influencia positivamente o aleitamento por dar mais confiança e autonomia às mães nas decisões e práticas por elas realizadas. Uma nutriz mais confiante em si e no manejo do aleitamento sofre menos interferência externa e ultrapassa com mais facilidade as possíveis complicações desse período.

### 8.1.2 Percepção materna da facilidade de amamentar

Para a maioria das colaboradoras, o início da amamentação ocorre de maneira tranquila, sem intercorrências, porém, mesmo sentindo que amamentação ocorre de forma natural, todas desmamaram seus filhos antes do sexto mês. Os relatos a seguir demonstram suas percepções:

*“(...) mamou direitinho, tudo certinho! Desceu o leite de escorrer (...).” Maria Liz*

*“(...) ele fez a pega direitinho e eu não tive dificuldade nenhuma (...).” Maria Dália*

*“(...) Amamentação dela foi tranquila! (...) Tudo certinho (...).” Maria Iris*

*“(...) No início foi tranquilo, não tive problema com a amamentação (...).” Maria Angélica*

Para as colaboradoras, o sucesso da amamentação está relacionado à quantidade de leite e à pega correta do peito, isto é, o bom êxito da amamentação está atrelado aos aspectos biológicos, não sendo considerados os fatores sociais e culturais que envolvem este processo. Entretanto, experiências bem sucedidas geram um momento de tranquilidade para a mulher e a criança (AMARAL et al., 2015).

Em uma pesquisa realizada em Ribeirão Preto, ao estudar a percepção da nutriz sobre seu leite, 71% das mulheres referiram que seu leite era bom, caracterizando-o como bom, forte, que sustenta, suficiente, saudável e nutritivo; e, para 69,3% das nutrizes, a criança se sentia saciada ao final da mamada. O motivo para tal alegação, para a maioria das mães (54,4%), é porque a criança dormia após amamentar (MONTEIRO et al., 2011).

A técnica da amamentação correta é fundamental para o sucesso do aleitamento materno, porque uma técnica inadequada causaria problemas nas mamas ou intercorrências como fissuras ou maceração (BARBOSA et al., 2017).

Mas, além dos fatores biológicos da amamentação, é necessário considerar os elementos sociais, não para estabelecer relações de causa e efeito, entretanto, para perceber a amamentação como multifatorial, que se forma entre domínios da natureza biológica e do contexto sociocultural (CARRASCOZA et al., 2011).

Por isso é preciso entender que a promoção da amamentação requer não somente conhecimentos anatômicos, bioquímicos e fisiológicos, mas também a sensibilidade de reconhecer a possibilidade de decisão das mulheres envolvidas, o saber ouvir e aprender, desenvolver confiança e dar apoio. É relevante tal percepção, pois a amamentação envolve crenças, tabus, experiências que podem contribuir para o desmame, exigindo que o profissional de saúde assista de maneira a ajudar as mães a se sentirem seguras e confiantes para continuar amamentando (COSTA et al., 2013).

Torna-se imprescindível que a nutriz tenha conhecimento para identificar aspectos relacionados à técnica inadequada para que possa buscar assistência imediata e não comprometa o sucesso do aleitamento materno. Porém, apesar de a amamentação ser um ato natural e instintivo para algumas mulheres, fatores sociais, familiares e culturais surgem como desafios a serem vencidos para o sucesso dessa prática.

### 8.1.3 Benefícios do leite materno na visão da mãe

Algumas informações sobre os benefícios do aleitamento materno estão difundidas entre as mães. As colaboradoras deste estudo relacionaram a amamentação com proteção à saúde

da criança, reconheceram o leite materno como o alimento mais completo para o lactente e legitimaram a formação do vínculo pelo ato de amamentar. Os relatos a seguir demonstram tais percepções:

*“(...) realmente é o melhor para o bebê, é o melhor leite, é o melhor vínculo! (...). O leite é o melhor possível, não existe outra fórmula igual ao leite materno (...).” Maria Petúnia*

*“(...) a criança quando amamenta na mãe tem uma imunidade maior (...).” Maria Rosa*

*“(...) uma criança que amamenta é muito difícil de ficar doente, nem resfriado pega (...).” Maria Iris*

As mães reconhecem o leite materno como o alimento mais completo para a criança, o que é reforçado pelo Ministério da Saúde quando traz como o primeiro passo dos Dez Passos para uma Alimentação Saudável “Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento”, informando que leite materno contém tudo de que a criança necessita, inclusive água (BRASIL, 2014, p.12).

Uma das vantagens do leite materno associa-se à proteção contra doenças, o que foi reconhecido pelas mães. É visto como um protetor da morbimortalidade, especificamente relacionado às infecções respiratórias, como a otite média, sendo esta um dos problemas mais comuns em pediatria. Como fatores causadores de tal doença, têm-se aleitamento artificial e a ausência de propriedades imunobiológicas que somente são encontradas no leite materno (NADAL et al., 2017).

Porém, neste estudo, os benefícios apontados para as crianças são limitados, pois reconhecem somente como fator de prevenção de patologias. Mas, o leite materno também é considerado um efeito protetor sobre o estado nutricional infantil. O aleitamento materno exclusivo é um fator contra a magreza acentuada, e estar ou ter sido amamentado é identificado como fatores de proteção contra sobrepeso, risco para o sobrepeso e para a obesidade (BREIGEIRON et al., 2015).

O aleitamento materno promove um ganho de peso adequado, além de ser um alimento livre de contaminação, apropriado à fisiologia do lactente, ofertando o aporte calórico e proteico necessário e proteção imunitária, o que não se encontra em outras formulações infantis, sendo apropriado para o desenvolvimento da criança (MOURA et al., 2015). Se a amamentação

fosse ampliada para níveis quase universais, evitaria cerca de 823.000 mortes a cada ano em crianças menores de cinco anos em quase todo o mundo (VICTORA et al., 2016).

A amamentação também contribui para a diminuição da morbidade infantil por doenças como a diarreia aguda. Crianças menores de seis meses amamentadas exclusivamente têm menos chance de apresentar diarreia aguda do que aquelas em aleitamento materno misto. A diminuição do aleitamento materno e a introdução de outros alimentos aumenta o risco para diarreia aguda (SANTOS et al., 2016).

A amamentação também traz vantagens para a saúde materna. Porém, o relato dessas colaboradoras refletem os benefícios somente para a saúde da criança e não reconhecem as vantagens para a saúde da mulher, apesar de estas serem muito relevantes. Do mesmo modo em um estudo realizado com 84 mães, quando questionadas sobre o conhecimento dos benefícios do aleitamento materno para o binômio mãe/filho, 86,9 % acreditavam ter benefícios para os bebês e apenas 54,7% achavam ter benefícios para as mães (MOIMAZ et al., 2013).

Assim, a amamentação é importante para auxiliar na diminuição do sangramento da puérpera, contribui para a prevenção do câncer de mama e de ovário e é um método natural de planejamento familiar (COSTA et al., 2013).

Dentre os benefícios do aleitamento materno, há também o fortalecimento do vínculo mãe e filho (MACIEL et al., 2013). O ato de amamentar é considerado uma fase importante para a formação de vínculos afetuosos entre mãe e filho. Nesse momento, o contato, o toque, a troca de olhar favorece o fortalecimento dos laços afetivos entre mãe e filho, transmitindo segurança. A amamentação é uma oportunidade de comunicação entre o neonato e a nutriz por meio da linguagem não verbal, o que proporciona criação de apego, de segurança e de proteção (MORAES et al., 2014).

O aleitamento materno é capaz de promover o contato próximo entre mãe e filho e favorecer o desenvolvimento socioemocional. A amamentação pode contribuir para o desenvolvimento do comportamento materno mais interativo em relação ao seu filho, incluindo tocar e olhar, assim como respostas mais afetivas durante a alimentação. A sintonia maternal sensível a seu bebê está entre os determinantes centrais da parentalidade positiva e contribui para o crescimento fisiológico, cognitivo e socioemocional da criança (KIM et al., 2011).

Reconhecer os benefícios do leite humano propicia maior segurança nas mães para manter o aleitamento materno exclusivo. O fato de entender que estão oferecendo o melhor e o

mais completo alimento para seus filhos pode favorecer a decisão de manter a amamentação e ser um motivador para superar dificuldades.

Observando o relatado das nutrizes, nota-se um conhecimento fragmentado que pode não ser capaz de sustentar a decisão de alimentar seu filho exclusivamente com o próprio leite. Apesar de serem mulheres com um bom nível de escolaridade, em algum momento, não receberam informações adequadas ou suficientes para orientá-las devidamente. Ou, ainda, a forma de comunicação pode não ter sido capaz de alcançá-las com efetividade.

A maneira de se construir o conhecimento passa pela habilidade de ouvir e de aprender. Quando os profissionais de saúde utilizam dessas habilidades, é possível entender as preocupações e os sentimentos em relação à amamentação e se tende a fazer orientações mais realistas e possíveis de serem adotadas pela mãe.

Dentre as habilidades de comunicação, destaca-se a comunicação não verbal, que consiste em manter a cabeça no mesmo nível que a mulher e ficar próximo a ela, prestar atenção e evitar distrair, assentir com a cabeça, sorrir e usar gestos que demonstrem aceitação, remover barreiras físicas, dedicar tempo, tocar a mãe de forma apropriada. Tal tipo de comunicação pode fazer com que a mãe se sinta aceita e reconhecida pelo profissional de saúde (BRASIL, 2013b).

Também é útil fazer perguntas abertas, evitando parecer um interrogatório; usar expressões e gestos que demonstrem interesse; devolver com as próprias palavras o que a mãe diz, demonstrando interesse no que ela fala e a estimulando a falar mais; demonstrar empatia, o que significa que entende a situação sob o ponto de vista dela; e evitar palavras que soem como julgamentos (BRASIL, 2013b).

Juntamente com as orientações, outras formas de educação podem ajudar, como a realização de grupos com trocas de experiências e oportunidade para exposição de conhecimentos, de crenças e de mitos existentes. Esses grupos são propícios para a participação do parceiro e outros familiares.

Usar de diferentes estratégias para difundir o conhecimento ajuda a aumentar seu alcance. Muitas vezes, é importante trazer formas diferentes de comunicação para que a mãe possa de fato entender o que se pretende passar. Dessa maneira, pode ser possível motivar as mães e estimular a autoconfiança para uma prática de sucesso na amamentação.

## 8.2 VIVÊNCIA MATERNA DA AMAMENTAÇÃO

A existência de uma experiência prévia na amamentação pode ser um fator tranquilizante ou não, a depender de como se deu a vivência anterior. Mães que amamentaram anteriormente com sucesso se mostram mais tranquilas em relação ao segundo filho, ao passo que aquelas que tiveram dificuldades com o primeiro filho apresentam ansiedade em repetir a experiência anterior.

Como para algumas, a vivência é marcada por dificuldades, elas acabam utilizando meios para facilitar o aleitamento. Além disso, diante do insucesso, gera-se um sentimento de frustração, aumentando, muitas vezes, a dificuldade em amamentar, como está descrito a seguir, nas subcategorias *Experiência prévia em amamentação e Tentativa em manter a amamentação*.

### 8.2.1 Experiência prévia em amamentação

As colaboradoras que já tinham amamentado anteriormente consideravam tranquila essa vivência. Porém, a colaboradora que procurou se informar sobre experiências de outras nutrizes percebeu que esse processo seria difícil. Essas experiências estão relatadas nas falas abaixo:

*“(...) a amamentação da minha primeira filha foi bem tranquila, eu consegui amamentar ela até os sete meses (...).” Maria Iris*

*“(...) eu amamentei meu filho mais velho por três anos e achei muito porque a criança, à noite, acorda para fazer o peito de bico de chupeta (...).” Maria Angélica*

*“(...) fui consciente de que, de tudo que eu já vi até hoje, não seria fácil! (...).” Maria Petúnia*

Mulheres com vivências anteriores positivas com a amamentação terão sucesso para estabelecê-la e poderão mantê-la por mais tempo quando comparadas com aquelas que vivenciaram eventos negativos anteriormente (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2014).

Mas, as mães deste estudo, mesmo tendo amamentado o primeiro filho por mais de seis meses, desmamaram precocemente o segundo filho.

As experiências positivas ou negativas vivenciadas pelas nutrízes em amamentação anterior influenciam na realização da mesma, de forma a contribuir com tomadas de decisões mais plenas. Dentre os aspectos observados nestas experiências, estão o prazer que detinham ao realizar a prática, o comportamento da criança na amamentação e o apoio familiar recebido ao longo da mesma. Nesse sentido, as primíparas estão mais vulneráveis aos fatores que promovem o desmame (ABREU; FABBRO; WERNET, 2013).

A experiência anterior favorece a amamentação na sala de parto. As mulheres que já tiveram uma experiência anterior favorável se mostram mais propensas à amamentação. Isso pode se dar por ter mais facilidade e segurança para realizá-la com os demais filhos (SILVA et al., 2016). A experiência da gestação anterior é considerada um fator protetor à amamentação, isto é, quanto maior o número de gestações, maior a experiência das mães e, por conseguinte, maior seria a duração da amamentação para os próximos filhos (FERREIRA et al., 2018).

A primiparidade tem associação positiva à intenção de amamentar, porque primíparas não vivenciaram experiências negativas com a amamentação e também não usaram fórmulas na alimentação dos filhos (VIEIRA et al., 2016). Porém, a falta da experiência, tanto pessoal, como por observar outras mulheres amamentando, pode gerar insegurança na nutriz e influenciar a decisão por essa prática e por sua manutenção (FUJIMORI et al., 2010).

O importante é que, independentemente das experiências prévias, os atos humanos, entre eles, a amamentação, não envolvem uma mera repetição, e, sim, é um processo distinto a cada experiência e, por isso, sempre precisa ser ensinado, aprendido e reaprendido (SILVA et al., 2015).

Também é preciso um olhar atendo da equipe de saúde para mães que nunca amamentaram, bem como para as primíparas, no sentido de promover estratégias com abordagem dialógica e capacitadora no processo de empoderamento e de manutenção da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida do bebê (FERREIRA et al., 2018).

Portanto, cabe aos profissionais de saúde, ainda no pré-natal, conhecer as experiências anteriores com amamentação que as mães trazem e identificar os aspectos negativos por elas vivenciados para poder intervir em tempo oportuno e reforçar aquilo que foi positivo em

cada momento, para que se sintam mais motivadas a vivenciar uma nova experiência na atual amamentação.

### 8.2.2 Tentativa em manter a amamentação

As colaboradoras relataram esforços para manter o aleitamento materno como utilizar utensílios para retirar e para oferecer o leite materno. Tais ações podem vir acompanhadas de insegurança e de frustração por persistirem, sem sucesso, em alimentar seus filhos com o próprio leite.

*“(...) eu ficava tentando na bombinha para dar para ela o meu leite mesmo, só que mesmo assim não saía muito (...).” Maria Rosa.*

*“(...) eu tentava tirar o leite, mas eu não conseguia tirar muito leite (...).” Maria Angélica*

*“(...) a gente tentou dar no copinho como dava no hospital, mas não dava certo (...).” Maria Liz*

Muitas vezes o tempo de permanência nos hospitais no pós-parto é insuficiente para que as mães recebam orientações necessárias e se sintam aptas e seguras para o manejo da amamentação em casa. Uma preparação adequada para a saída do hospital seria de relevância, visto que os problemas na lactação normalmente surgem nas primeiras semanas pós-parto (NAKANO et al., 2007).

Uma das colaboradoras tentou realizar, sem sucesso, a prática do uso do copinho de amamentação como era feito pelas enfermeiras no hospital, o que demonstra que não estava conseguindo amamentar no peito e que não tinha sido orientada de forma adequada quanto à técnica.

A administração do leite com uso do copinho é um método simples e seguro que favorece uma experiência oral positiva, realizado pela língua e mandíbula, necessário para o sucesso da amamentação. Além disso, o uso do copinho evita a chamada confusão de bico, por estimular os reflexos da amamentação e, por meio de receptores olfatórios, aumentar a produção de enzimas salivares e digestivas e estimular a autonomia do recém-nascido. A técnica correta é

um dos fatores de proteção da amamentação, além de poder ser mais que uma atividade de alimentação do recém-nascido, sendo um momento de dar afeto, por meio da troca de olhares e de respeito a sua própria demanda (MELO, 2015).

Portanto, podemos inferir que há uma falta de orientações adequada quanto à técnica de oferta de leite humano para as mães, o que prejudica e possibilita a ocorrência do desmame precoce.

### 8.3 ASSISTÊNCIA DE SAÚDE NO PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO

Quanto à assistência no processo de amamentação, as falas revelaram que não houve, de fato, um adequado acompanhamento do pré-natal. As práticas realizadas pelas mães na gestação são inválidas, não possuem uso efetivo e não referem orientações dos profissionais de saúde que as acompanharam durante a gravidez.

Também não é adequada a assistência dada no âmbito hospitalar, faltando paciência aos profissionais que, muitas vezes, oferecem complementos como se desacreditassem na amamentação. Além disso, há a alta precoce, muitas vezes, antes de estar estabelecido o aleitamento materno.

Na volta para casa, o quadro se agrava, pois não há assistência no período puerperal e a mãe se encontra totalmente desassistida para a manutenção do aleitamento. Essa categoria engloba, portanto, as subcategorias *Preparo no pré-natal e Assistência dos profissionais de saúde*.

#### 8.3.1 Preparo no pré- natal

No preparo das mamas durante a gravidez, são realizadas condutas de cunho cultural, de conhecimentos empíricos, durante as quais não são mencionadas ações educativas pautadas

em evidências científicas ocorridas em consultas de pré-natal, como se pode observar nos relatos a seguir:

*“(...) Eu preparei, tomei banho de sol, passei bucha para facilitar (...).” Maria Angélica*

*“(...) Desde o pré-natal eu já usava uma pomada ao redor do meu seio. Eu acho que hidratei bastante (...).” Maria Dália*

*“(...) durante o pré-natal, eu procurei preparar a minha mama (...) eu passava bucha vegetal (...). Como o meu bico do seio é um pouco invertido, procurava fazer a manipulação para poder ter um formato melhor para pega (...).” Maria Petúnia*

As ações realizadas pelas mães no período gestacional são de herança sociocultural como o uso de hidratantes, por indicação de algum conhecido próximo como a mãe, a sogra ou cunhada; banho de sol; fazer massagem com as mãos no seio para moldar o mamilo e facilitar a amamentação; o uso do pente nas mamas para aliviar o ingurgitamento, por orientação profissional ou familiar (LIRA et al., 2013).

Apesar de todas as colaboradoras do estudo terem realizado pré-natal considerado de qualidade, pois tiveram seis consultas ou mais, sendo que, das seis mães, quatro foram assistidas por convênio particular e duas pelo Sistema Único de Saúde, nenhuma relatou ter participado de grupos de educativos ou ter recebido orientações dos profissionais que as assistiam a respeito do aleitamento materno.

Esse fato também encontrado em um estudo realizado em Cuiabá, com 60 gestantes, o qual mostrou que apenas 41,67% (n=25) tinham recebido algum tipo de orientação sobre aleitamento materno, e 19,23% (n=5) haviam recebido orientações no pré-natal atual (RAIMUNDI et al., 2015).

Corroborando com os achados deste estudo, uma pesquisa realizada com 170 puérperas em Pelotas apresentou que os conteúdos das consultas de pré-natal são insatisfatórios em relação às informações a respeito de amamentação. Apesar de a maioria (99%) ter realizado ao menos uma consulta, sendo a média de  $8 \pm 2,7$ , atendimentos, menos da metade dessas mulheres (49%) se recordam de terem sido orientadas sobre aleitamento materna na consulta de pré-natal. Esse é um dado importante em tal estudo, visto que as mães que receberam informações pretenderam amamentar em média por  $5,72 \pm 1,26$  meses; enquanto as mulheres que

não foram informadas pretenderam amamentar exclusivamente por período menor ( $5,35 \pm 1,9$  meses) (MACHADO et al., 2014).

O pré-natal é considerado o melhor período para desenvolver ações educativas referentes à amamentação, pois é o momento em que a atenção da mãe não está totalmente voltada aos cuidados com o recém-nascido, e se encontra, portanto, mais aberta a novas informações. É por meio das orientações realizadas no pré-natal que se pode sensibilizar a mulher quanto ao aleitamento materno, visto que a decisão de amamentar, para a maioria das mães, ocorre muito antes do parto (RAIMUNDI et al., 2015).

As recomendações para as gestantes no cuidado com as mamas são: lavar apenas com água os seios e mamilos, sem o uso de sabonetes ou cremes, pois os mamilos têm uma hidratação natural que deve ser mantida durante a gravidez. Por isso, quando são usados sabonetes ou cremes, essa hidratação é removida, aumentando o risco de rachaduras nos mamilos. Existem pequenas glândulas localizadas na aréola que produzem secreção sebácea que protegem a pele para a amamentação. Além disso, é indicado o uso de sutiãs confortáveis, de algodão, com alças largas e boa sustentação, que não tenham o suporte de ferro e fecho ajustável com regulagem, já que o seio vai aumentando de tamanho; não é recomendado massagear ou esfregar os mamilos e a mama com esponjas ou toalhas; e não usar conchas ou outros protetores de mamilo. O melhor preparo para a amamentação é a participação em grupos ou em cursos de amamentação para gestantes (BRASIL, 2013c).

Tais recomendações reafirmam que as mães deste estudo não tiveram orientações eficazes durante o pré-natal, visto que as ações por elas realizadas são opostas às recomendadas. Uma das colaboradoras realizou a manipulação dos mamilos para facilitar a amamentação, demonstrando desconhecimento e falta de orientação adequada. Os mamilos planos ou invertidos não impedem que o aleitamento ocorra, mas é nesse momento que são imprescindíveis o apoio e o conhecimento do profissional de saúde para que a mãe consiga amamentar com sucesso (TORQUATO et al., 2018).

Ainda como ações a serem feitas durante o pré-natal, é importante a realização do exame clínico das mamas e orientar quanto às vantagens da amamentação para a mulher, para a criança, para a família e para a sociedade, assim como ensinar os aspectos do manejo da amamentação (posição da mãe e do bebê e a pega correta da região mamilo areolar) (BRASIL, 2012c).

Porém, também é essencial discutir os aspectos relacionados à cultura familiar; orientar o processo de amamentação, desmitificando crenças e mitos; realizar ações educativas; e abordar os efeitos deletérios do uso de mamadeiras, de chupetas e outros hábitos orais, empoderando esta mulher para que chegue ao pós-parto segura para amamentar, vivenciando de forma prazerosa e satisfatória para ela e seu filho (SANTOS et al., 2016).

A Estratégia de Saúde da Família é considerada o espaço privilegiado para ações de promoção, de proteção e de apoio ao aleitamento materno. Por meio dessa equipe, podem-se desenvolver práticas educativas para a promoção da amamentação desde o pré-natal, o que precisa ser parte das atividades de toda a equipe de saúde, sendo fundamental a formação do vínculo desta com a dupla mãe-filho e famílias, possibilitando apoio, esclarecimento de intercorrências comuns na amamentação e promoção da saúde (CARVALHO et al., 2018).

Como forma de melhorar a assistência prestada pelos profissionais da Atenção Básica, o Ministério da Saúde lançou em 2013 a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, na qual um dos objetivos é qualificar as ações de promoção do aleitamento materno, por meio de aprimoramento das competências e das habilidades dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2013b).

### 8.3.2 Assistência dos profissionais de saúde

Os relatos das colaboradoras demonstraram uma assistência à saúde insuficiente, visto não se sentirem apoiadas para amamentar, terem sofrido interferência precoce de artifícios para oferecer leite artificial e prescrição, ainda na maternidade, de fórmula sem um adequado incentivo ao aleitamento materno exclusivo, como nas falas abaixo:

*“(...) o médico pediu para eu dar o peito e 30 ml de leite artificial pra ela, eu já saí com essa orientação do hospital (...) eu já saí de lá (hospital) com o leite. Eles me deram uma seringa de leite para ela que era para eu continuar dando (...).” Maria Rosa*

*“(...) Porque as funcionárias do hospital não tinham tanta paciência para poder ensinar a gente (...). As funcionárias do hospital já chegavam com copinho de leite artificial para complementar, nem queriam tentar (...).” Maria Petúnia*

*“(...) fui à medica pediatra e ela me pediu para entrar com complemento (...).”*

*Maria Liz*

A prática do aleitamento materno deve ser estimulada desde a primeira hora de vida da criança por meio do posicionamento do recém-nascido em contato pele a pele com a mãe no pós-parto imediato. Essa ação pretende promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, com base na capacidade de interação da criança com a mãe, logo após o nascimento. A amamentação deve ser incentivada já na sala de parto, desde que mãe e filho estejam bem e interagindo (SILVA et al., 2016).

Porém, tal prática ainda pode não estar bem instalada na rotina das maternidades como mostra uma pesquisa realizada, no Rio de Janeiro, com 10.071 mães em que apenas 16,1% amamentaram seus filhos na primeira hora de vida. A ausência de fatores maternos que explicassem o desfecho pode ser indicativo de que as mães têm pouco ou nenhum poder de decisão para amamentar seus filhos na primeira hora de vida (BOCCOLINI et al., 2011).

As práticas em serviços de saúde é estratégia essencial para o sucesso da amamentação, por isso é preciso favorecer o alojamento conjunto após o parto, pois é um momento importante para a interação contínua do binômio mãe-filho, favorecendo a amamentação, estimulando a aprendizagem e a interação com os profissionais que devem prestar assistência direta, por meio de aconselhamento, de auxílio na amamentação e de intervenções, quando necessário (BATTAUS; LIBERALI, 2014).

Porém, o que se observa é que os pediatras têm prescrito fórmula ainda no ambiente hospitalar. Tal intervenção pode causar interrupção da amamentação, uma vez que a complementação do leite com fórmulas industrializadas é vista como motivo para o abandono do AME (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Corroborando um estudo realizado em um hospital universitário Amigo da Criança, no Rio Grande do Norte, mostrou-se que a prevalência de indicação de suplementação alimentar foi de 16,0% (n= 127), dos 790 nascidos vivos. O profissional que mais solicitou o suplemento foi a enfermagem (54%) e no menor tempo (1 a 6 horas) após o nascimento da criança. Quanto aos motivos de indicação, apenas 6,2% atenderam às recomendações da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (PINHEIRO et al., 2016).

Como forma de incentivo aos profissionais de saúde, de modo particular para aumentar o apoio da amamentação nos hospitais, *“Os 10 Passos para sucesso do aleitamento*

*materno*”, revisto este ano, traz no segundo passo a importância de “Garantir que a equipe tenha conhecimento, competência e habilidades suficientes para apoiar a amamentação”, o que reforça o quão importante é a equipe que assiste o lactente para o êxito do aleitamento materno (WHO; UNICEF, 2018).

Uma das ações que estimulam o sucesso do aleitamento materno ainda no ambiente hospitalar é o monitoramento e a identificação das dificuldades iniciais da técnica da amamentação (BARBOSA et al., 2017). É preciso que, antes de a mãe sair do hospital, os profissionais de saúde observem a mamada e orientem sobre a importância de manter o aleitamento, além de esclarecerem quanto à técnica correta e à livre demanda (MOURA et al., 2015).

Outro aspecto observado neste estudo é que as mães não relataram terem recebido assistência no puerpério e, mesmo apresentando dificuldades no manejo do aleitamento materno, não procuraram uma unidade de saúde para ajudá-las.

Por isso a alta hospitalar e o retorno deste binômio para casa é relevante para a manutenção da amamentação. É nesse momento que as inseguranças em relação à nova vida – ser mãe - podem aparecer e, se a amamentação não estiver bem consolidada, o emergir dessas incertezas pode favorecer o desmame, por isso o puerpério precisa ser assistido para auxiliar a mãe na nova fase da vida.

No puerpério, o acompanhamento sistemático da família pelos profissionais da saúde que atuam fora das maternidades pode fortalecer a continuidade da amamentação. Essas ações precisam fazer parte da agenda de toda a equipe de saúde envolvida na relação mãe-filho e família (BATTAUS; LIBERALI, 2014).

Por isso o Ministério da Saúde preconiza que a maternidade, no momento da alta, comunique à equipe de atenção básica, à qual a mulher e o recém-nascido estão vinculados, que estão retornando para casa, com o objetivo de que a equipe se prepare para a visita domiciliar e que a mesma seja realizada na primeira semana após a alta do bebê. Caso o recém-nascido tenha sido classificado como de risco, a visita deverá acontecer nos primeiros três dias após a alta. A visita domiciliar nesse período tem como principais objetivos avaliar o estado de saúde da mulher e do bebê; orientar e apoiar a família para a amamentação e para os cuidados básicos com a criança; avaliar a interação da mãe com o recém-nascido; orientar o planejamento familiar; e

identificar situações de risco ou possíveis intercorrências para a adoção de condutas adequadas (BRASIL, 2013c).

A visita domiciliar no período puerperal pode estar associada à manutenção do aleitamento materno exclusivo. Tal ação deve ser realizada pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, sendo principalmente feita por enfermeiros, agente comunitário de saúde, médico, fonoaudiólogo, nutricionista e fisioterapeuta (CARVALHO et al., 2018).

Tal iniciativa se justifica porque é no período puerperal, quando se inicia a amamentação, que as dúvidas em relação ao aleitamento materno surgem, resultando em dificuldades para as nutrizes, o que pode culminar com a interrupção da lactação. Então, é necessário o acompanhamento dos profissionais de saúde e a implementação da promoção do aleitamento materno, pois as dificuldades na amamentação não são isoladas, mas se apresentam como um conjunto de fatores interligados (VARGAS et al., 2016).

Tais profissionais de saúde têm relevante atuação na prevenção e no manejo das dificuldades que podem aparecer durante a prática da amamentação. Por isso, precisam ter conhecimento técnico e científico acerca das questões anatômicas, fisiológicas, sociais, psicológicas e emocionais da mulher, sendo capaz de reconhecer suas dificuldades e de assistir a ela corretamente, a fim de prevenir possíveis complicações (VARGAS et al., 2016).

O relacionamento entre os profissionais de saúde e o trinômio mãe-filho-família pode ser estabelecido por meio de uma boa comunicação em que exista respeito pelos pensamentos, pelas crenças e pela cultura das pessoas. É preciso que sejam capazes de oferecer mais do que informações e, sim, ajudar a analisar a causa de qualquer dificuldade, sugerindo meios que possam ajudar a resolver os problemas (BRASIL, 2014).

É indispensável entender que as ações de promoção do aleitamento materno é multiprofissional e deve se iniciar no pré-natal, ser fortalecido com incentivo e com apoio no momento do nascimento e do alojamento conjunto e dar continuidade por meio do acompanhamento e de estímulo das Estratégias de Saúde da Família, após a alta hospitalar (BATTUS; LIBERALI, 2014).

Acima de tudo, é preciso estabelecer vínculo por meio do diálogo e da escuta ativa para que a nutriz possa ter abertura para expor suas limitações, seus conhecimentos e crenças e para que as ações prestadas pelos profissionais sejam por elas bem recebidas e executadas com confiança.

## 8.4 SENTIMENTO MATERNO NO PROCESSO DE AMAMENTAR/DESMAMAR

O período de amamentação é um momento único na vida da mulher o qual pode gerar vários sentimentos que variam de uma mulher para outra, bem como em uma mesma mulher, dependendo das experiências vivenciadas (SILVA et al., 2015).

Durante a amamentação, o sentimento vivenciado pelas mães é satisfatório, com enfoque no fortalecimento do vínculo mãe-filho. Com a interrupção da amamentação, há um sentimento ambíguo, isto é, tristeza pela quebra do vínculo; e alívio, pela retomada da liberdade individual. Além do mais, há o inconformismo com o desmame, muitas não entendendo a razão pela qual ele se deu. Há também o sentimento de culpa pelas doenças da criança, pois relacionam o desmame ao surgimento das patologias.

Entretanto, as mães deixam claro que o desmame não está relacionado ao “amar menos”. Desse modo, o aleitamento materno deve ser visto como um fator importante para a formação de vínculo, mas não determinante exclusivo de sua ocorrência.

As subcategorias *Sentimentos das mães na amamentação*, *Sentimentos das mães com a interrupção do aleitamento materno*, *Inconformidade com o desmame* e *Consequência do desmame na visão da mãe* apresentam os relatos das nutrizes deste estudo que expressam sentimentos ambíguos e contraditórios, oscilando entre a satisfação e o fardo da amamentação.

### 8.4.1 Sentimentos das mães na amamentação

As colaboradoras revelaram que o momento da amamentação é uma experiência prazerosa, um momento particular do binômio mãe-filho com troca de carinhos e olhares, fortalecendo o vínculo entre ambos, além de se sentirem realizadas por proverem o alimento para o filho, conforme observado nas falas:

“(...) *Amamentar é uma coisa muito gostosa porque a gente sente, parece que ele está dentro da gente, sente a mãozinha, sente o toque, sente tudo (...) eu sentia ele perto de mim (...).*” *Maria Liz*

*“(...) era o que mais me deixava presa a ele era a hora de amamentar, que eu acho que tinha um contato comigo, principalmente visual muito grande, ele olhava para mim e eu olhava muito para ele, passava muito a mão nele, acho que era um momento muito nosso (...) era prazeroso para mim amamentar, saber que ele estava em mim, que estava saindo era o meu leite, o meu leite que o estava sustentando (...).” Maria Dália*

*“(...) mas é uma coisa muito boa, o vínculo aumenta muito com o bebê, a gente sente bem de produzir o alimento para o filho da gente, é uma sensação única (...).” Maria Petúnia*

Nutrizes referem realização e satisfação ao amamentar, porque a amamentação desperta na mulher um sentimento de ligação íntima com o filho, denominado de apego (CARRASCOZA et al., 2011). Amamentar é visto como uma expressão do amor da mãe para como seu filho, visto que, para as nutrizes, o aleitamento materno vai além de oferecer o alimento, gera afeto e proteção à criança, sendo então considerado o melhor para o bebê. O contato físico no ato de amamentar é percebido pelas mães como um momento de prazer, de carinho e de aproximação da criança, permitindo transferência de carinho e afeto bilateral (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011).

Portanto, a amamentação vem a ser um momento prazeroso que permite a construção de um elo de afinidade, no qual há uma comunicação entre o binômio por linguagem não verbal, propiciando a criação de apego, de segurança e de proteção (MORAES et al., 2014).

O sucesso do aleitamento materno também pode ser definido pela qualidade da interação entre mãe e filho durante a mamada, pois esta proporciona a oportunidade de contato físico e visual e a vivência da cooperação mútua entre a mãe e o bebê. A boa interação entre o binômio na amamentação pode ser definida como uma valsa na qual cada um dos interlocutores emite sinais ao outro, tais sinais são decodificados e originam um comportamento de respostas contingentes e adequadas, o que gera uma adaptação mútua de mãe e filho cada vez mais rica e complexa (LEVY; BERTOLO, 2008).

Mas a nova rotina da mulher que, a partir da maternidade, acrescenta outras atividades, causa um desgaste físico e emocional. Muitas vezes, se não dividir as funções com outras pessoas, ela pode sentir que não tem tempo nem para si, como no relato a seguir:

*“(...) não tinha tempo para descansar, não tinha tempo pra mim (...).” Maria Iris*

A rotina cansativa e estressante das mães pode interferir na amamentação. As situações vivenciadas pelas puérperas com as interferências externas, os palpites, as noites sem

dormir, os cuidados com a casa e com outros filhos, as visitas, a má alimentação, a falta de dormir, a labilidade emocional por causa das alterações de sentimentos, podem alterar a liberação da ocitocina, o hormônio responsável pela descida do leite. A adrenalina circulante interfere na ocitocina em nível alveolar, o que impede a descida do leite (CASTANHEL; DELZIOVO; ARAÚJO, 2016).

O novo papel de ser mãe exige dedicação exclusiva para a satisfação das necessidades da criança, o que causa alterações no cotidiano da mulher que, a partir de então, deve dividir o tempo dos outros afazeres, priorizando sempre o filho. Mas, às vezes, a mulher não recebe apoio e fica sem 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 (SHIMODA; SILVA, 2010).

A mãe que amamenta é também a mulher que precisa ser assistida. Traz consigo necessidades para boas condições de vida, como uma boa alimentação, trabalhar e estudar, ter tempo para si, sono e repouso adequados, ter boa saúde mental e ter boas condições para amamentar seu filho – ter boa produção de leite, apoio instrumental e/ou afetivo da família e ambiente adequado em casa para amamentar (SHIMODA; SILVA, 2010).

Por isso é importante o apoio familiar e do próprio parceiro, para que essa mulher seja acolhida e receba ajuda em todos os aspectos, inclusive nas tarefas domésticas e no cuidado com os filhos. Essas questões deverão ser discutidas com o enfermeiro durante o pré-natal, deixando claro para a futura nutriz que ela precisará de ajuda em casa quando retornar da maternidade, e deverá escolher a pessoa da família que se responsabilizará por essa ajuda. Além disso, essa pessoa poderá frequentar os cursos juntamente com a gestante para que possa receber instruções adequadas.

#### 8.4.2 Sentimentos das mães com a interrupção do aleitamento materno

A interrupção da amamentação é sentida como uma quebra de laços e não se iguala ao amamentar com a mamadeira. Porém, há uma ambivalência nos sentimentos porque, mesmo sentindo falta do momento da amamentação, para algumas mães, isso é visto como liberdade da

rotina de amamentar, e se sentem pressionadas por terem que amamentar, como se a não realização significasse menos amor materno, como relatado a seguir:

*“(...) eu queria ter amamentado por pelo menos um ano, então eu fiquei bem chateada (...).” Maria Angélica*

*“(...) no começo, eu sentia muita falta de amamentar, eu chorava para minha mãe! Eu falava que eu não sabia ser mãe, que veio tudo na hora errada, que eu deveria ter mais tempo pra cuidar dele (...) agora não tem mais os carinhos! Ele segura a mamadeira, então perde, perde tudo isso, trocou (...)”. “(...) Eu achava que eu não sabia ser mãe! (...).” Maria Liz*

*“(...) Até hoje eu fico pensando que eu queria amamentar pelo menos até seis meses! Eu queria muito! (...).” Maria Rosa*

*“(...) para mim, foi muito difícil, embora a gente deixar de amamentar seja uma liberdade, que ao mesmo tempo é uma coisa que acaba prendendo a gente, mas eu sentia muita falta (...).” Maria Dália*

*“(...) Mas eu acho que a mulher está sendo muito cobrada quanto a isso. Muitas vezes quando não dá certo, a mulher se frustra de tal forma porque está todo mundo muito em cima! O aleitamento! O aleitamento! Mas, a gente tem que entender que algumas vezes não dá certo e pronto! E é por isso que a mãe ama menos? Não, não é por isso! (...).” Maria Petúnia*

O momento do desmame gera muitos sentimentos às mulheres, como tristeza e frustração. A experiência de desmamar precocemente é relatada com sentimentos de tristeza e, apesar de o desmame não ter sido desejado ou planejado pelas mães, gera sentimentos de derrota, de desistência, de incapacidade, o que se configurou como obstáculo, uma vez que este olhar negativo e autoculpabilizante poderá influenciar as próximas experiências com a amamentação (SILVA et al., 2015; PRADO; FABBRO; FERREIRA, 2016).

Para as colaboradoras deste estudo, o desmame foi revelado como incapacidade em ser mãe. A culpa que as mulheres sentem em não amamentar até o tempo indicado pode estar atrelado a dois fatores. Primeiro, a inadequação da mulher aos padrões da maternidade total, quando não amamenta ou interrompe o aleitamento por limitações físicas ou por necessidades pessoais. Segundo, uma vez que os argumentos contemporâneos em defesa do aleitamento materno estão atrelados à amamentação e à feminilidade, a mensagem dos discursos pró-aleitamento materno de que todas as mulheres podem amamentar implica que, quando uma mulher não consiga ou não o faça seja vergonhoso, uma mulher incompleta. Assim, tais

mulheres, além de se sentirem culpadas, podem envergonhar-se pelo julgamento social de que estariam colocando em risco a saúde do bebê (KALIL; AGUIAR, 2017).

Outro sentimento negativo vivenciado por uma das colaboradoras foi por ter se sentido cobrada em relação à amamentação. A equipe de saúde e a família exercem uma cobrança excessiva e um pré-julgamento da mulher. Esse fato pode agravar as condições de vulnerabilidade ao forçarem a amamentação, tornando-a uma obrigação a ser cumprida, o que aumenta a sobrecarga emocional e não respeita a mulher em suas particularidades (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

As ações impositivas dos profissionais podem reforçar a construção cultural de que o ato de amamentar é dever e responsabilidade da mãe, fazendo o tema ir para um estéril e pernicioso moralismo e culpabilização da mulher que não amamenta (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

O ato de amamentar transpassou por períodos contraditórios, de valorização e desvalorização, no contexto histórico, social e familiar. A amamentação é vista como um fator importante para a sociedade que reafirma o dever e a responsabilidade da mãe em realizá-la. O que se tem é que tanto a família, como a sociedade, os profissionais de saúde e a própria mulher-mãe exigem responsabilidades perante o aleitamento, de maneira que a nutriz tem que fazer escolhas corretas em relação à nutrição do filho, não sendo permitido o direito de errar (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011).

O ato de amamentar vai além dos fatores biológicos. Envolve um sujeito encarnado nesse processo, um ser que olha, exprime sentimentos, que interage consigo, com os outros e com o ambiente. Por conseguinte, a decisão da mulher em amamentar está ligada a sua história de vida, aos valores que são repassados culturalmente, bem como às oportunidades de educação em saúde a que teve acesso ao longo de sua existência (LIMA et al., 2018).

Nesses sentimentos de ambivalência das mães, podemos afirmar que o amor materno não está somente relacionado à manutenção da amamentação, pois a mãe que oferece outro leite não está deixando de amar seu filho.

### 8.4.3 Inconformidade com o desmame

Os sentimentos maternos oscilam durante o processo de amamentar e, muitas vezes, após passar por várias dificuldades e superações, em que o desfecho dos esforços para amamentar não é o esperado, o que gera nas mães a inconformidade.

Nesse conflito, elas buscam razões capazes de explicar o motivo pelo qual seu filho não amamenta e por que, mesmo com tantas insistências, não houve o sucesso desejado na amamentação.

*“(...) não sei explicar (...) eu não sei por que ela não conseguia mamar, porque elas (profissionais de saúde do hospital) falavam que ela pegava certinho e eu sempre, em toda as mamadas, eu dava o peito! (...)” Maria Rosa*

As mães vivenciam o processo de amamentar/desmamar carregado de emoções diferentes. O período puerperal contribui para maior fragilidade emocional, devido às mudanças hormonais em seu organismo, além da insegurança em assumir um novo papel em sua vida – ser mãe - ou por achar que não vai dar conta de mais um filho. Adjunto às questões emocionais, há um desgaste físico, e, por isso, o profissional de saúde deve estar habilitado para atuar com competência e sensibilidade. Uma das ferramentas que se pode utilizar é o aconselhamento que contribui para que a mulher seja acolhida, ouvida e respeitada. Não se trata de dar conselhos, mas de tentar entender como essa mulher se sente, ouvir seus medos e dúvidas, valorizar suas queixas e compreender seus limites, para, então, propor orientações e ajudá-la a decidir o que é melhor para ela e para seu filho (CASTANHEL; DELZIOVO; ARAÚJO, 2016).

### 8.4.4 Consequências do desmame na visão da mãe

Para as colaboradoras, a não oferta do leite materno foi consequência para que seus filhos ficassem mais doentes, principalmente com patologias relacionadas ao sistema respiratório, como nas falas a seguir:

*“(...) por não ter amamentado por muito tempo, foi uma criança que ficou muito doente, bebeu muito antibiótico, teve muita sinusite, muito problema respiratório (...) foi uma criança que ficou bastante debilitada, bastante resfriada, bastante doentinha (...).” Maria Iris*

*“(...) ela fica bastante resfriadinha, agora ainda na creche está pior ainda! Vira e mexe ela está doentinha! Ela melhora uns dias, quando vê ela está doentinha de novo! (...)”.*  
*Maria Rosa*

A interrupção do aleitamento materno pode gerar consequências importantes para a saúde da criança, como exposição a agente infecciosos, contato com proteínas estranhas, prejuízo da digestão e assimilação de elementos nutritivos (MOURA et al., 2015). Essa percepção pode gerar nas mães o sentimento de culpa por não ter oferecido o melhor alimento protetor de doenças.

## 8.5 VIVÊNCIA DO DESMAME PRECOCE

O processo de desmame precoce é vivenciado pelas mães com ansiedade e insegurança. Nesse período, há interferências culturais, especialmente de familiares e de pessoas próximas, trazendo velhos mitos como “leite não sustenta”, “leite fraco”, “leite apodrece”. Essas crenças alimentam a insegurança da mulher que passa a acreditar que tem pouco leite e que este não sustenta. Diante desse quadro, é comum que a mulher utilize de artifícios como bico de silicone, leite artificial e bomba extratora de leite, entre outros. Em consequência, é possível a ocorrência do desmame. Além disso, o retorno ao trabalho aumenta o quadro de ansiedade da mulher, fato que também auxilia o desmame.

Por outro lado, a existência de uma rede de apoio com palavras e atitudes afirmativas que reforcem o poder da mulher, a força da sua atitude (amamentar) e do seu leite, pode ser responsável pela manutenção da amamentação com menores traumas.

Essa categoria engloba as subcategorias *Retorno da mulher ao trabalho; A influência do uso de artifícios e a introdução de outros alimentos; Influência cultural popular; Apoio Familiar; Ausência e/ou presença de afecções nas mamas; Dificuldade na amamentação; e, Motivos do desmame precoce relacionados ao bebê: visão das mães.*

### 8.5.1 Retorno da mulher ao trabalho

A maioria dessas colaboradoras exercia atividade laboral fora de casa, uma estudava e uma não trabalhava fora do lar. Dentre as que trabalhavam, uma delas é autônoma. O retorno ao trabalho foi vivenciado com ansiedade e acabou sendo um motivador para a introdução de outro alimento e mamadeira. Há privação do aleitamento materno exclusivo pela necessidade de adaptação à condição materna de trabalhar ou estudar, conforme os relatos a seguir:

*“(...) com quatro meses tive que voltar a trabalhar (...).” Maria Angélica*

*“(...) quando eu já comecei nessa fase de ter que voltar a estudar, e já sabia que ia ter que deixar de amamentar ele (...).” Maria Dália*

*“(...) eu não sei se ela também sentiu minha ansiedade por voltar ao trabalho e meu leite foi secando, foi diminuindo (...)”. “(...) Mas eu acho que ela mesma sentiu que eu fui trabalhar, ela pegou a mamadeira de novo (...).” Maria Petúnia*

*“(...) eu não parei de pegar de festa. Continuei todo fim de semana tinha festa (...) tinha que vir amamentar, era corrido, era apertado (...).” Maria Iris*

Atualmente, muitas mulheres estão inseridas no mercado de trabalho e ajudam nas despesas financeiras da família. A volta ao trabalho pode ser um momento de ansiedade e de preocupação para as mães, o que pode levá-las a práticas de alimentação inadequada, como a introdução precoce de alimentos e o uso de mamadeiras (MONTESCHIO; GAIVA; MOREIRA, 2015).

A lei prevê uma licença de 120 dias para que a mulher se dedique ao bebê, inclusive para o aleitamento, e depois confere o direito de duas pausas de trinta minutos para o aleitamento até que a criança complete seis meses. Facultativamente, os empregadores podem aderir a um programa específico do governo que confere como vantagem à mulher uma licença de 180 dias (BRASIL, 1967; BRASIL, 2017). No entanto, principalmente no primeiro caso, as medidas não demonstram serem suficientes para atender às orientações do Ministério da Saúde nem à demanda da criança. Embora existam recursos dos quais a mãe pode se valer para manter o aleitamento, é sabido que o retorno ao trabalho antes dos seis meses é um dificultador desse processo.

Quanto às trabalhadoras autônomas, fazem-se necessárias mais informações acerca do direito à licença maternidade. Muitas vezes, a mulher desconhece que é preciso contribuir para a previdência social a fim de que possa usufruir desse direito.

Por isso é importante que os aspectos legais sejam informados desde o pré-natal. O Ministério da Saúde disponibiliza a “Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta” que traz os direitos garantidos por lei e orientações em como manter o aleitamento materno com a volta ao trabalho, orientando não apenas gestantes e lactantes, mas também profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

Mas o profissional de saúde precisa desenvolver a habilidade de comunicação e estreitar laços e vínculos com a família, para ter uma dimensão integral da problemática dessa mulher-mãe-trabalhadora. A possibilidade de conciliar o trabalho e a amamentação tem que ser discutida junto com mãe, levando em conta que cada situação é única. A mulher precisa se sentir ouvida e não culpada porque vai ter que trabalhar e perceber que soluções podem ser encontradas (CASTANHEL; DELZIOVO; ARAÚJO, 2016).

Antes do retorno ao trabalho, é importante estimular o parceiro a colaborar e a dividir as tarefas domésticas. A mulher precisa saber que é possível manter a lactação, mesmo quando está separada do bebê e que não há necessidade de alimentar o bebê com a mamadeira antes da volta ao trabalho (CASTANHEL; DELZIOVO; ARAÚJO, 2016).

Quando faltarem quinze dias antes de retornar ao trabalho, a mulher deve passar a ordenhar e a estocar o leite no freezer, acondicionado de preferência em pequenas quantidades, equivalentes às mamadas, de maneira que haja um estoque pronto a ser dado ao bebê quando retornar ao trabalho (BRASIL, 2010).

Após a volta ao trabalho, a mulher precisa estar preparada para amamentar com frequência quando estiver em casa; reservar tempo para extrair o leite; evitar o uso de mamadeira, pois pode causar confusão de bico, então utilizar copinho, xícara ou colher para oferecer o leite à criança; saber realizar a ordenha manual, a estocagem correta do leite, a conservação segura e a adequada utilização do leite em casa (BRASIL, 2010; CASTANHEL; DELZIOVO; ARAÚJO, 2016).

Porém, neste estudo, todas desmamaram precocemente seus filhos, mesmo a mãe que se dedica apenas ao trabalho de casa, contrariando a afirmação de que a oportunidade da mãe em estar em casa nos primeiros anos de vida da criança favorece o aleitamento materno exclusivo por

um período de tempo maior, além de um estreitamento de laços entre mãe e filho, o que torna justificável o aumento do período de licença à maternidade (FARIAS; WISNIEWSKI, 2015).

É possível perceber que os afazeres de casa também precisam ser divididos para não sobrecarregar a nutriz e para permitir que ela disponibilize mais tempo para se dedicar à amamentação, não se esquecendo de cuidar dos aspectos emocionais dessa mãe que desempenha múltiplos papéis com a maternidade.

Entretanto, o aspecto emocional dessa volta ao trabalho precisa ser considerado, os sintomas emocionais que possam acometer o bebê ou a mãe devem ser discutidos e trabalhados para que esta nova etapa seja vivenciada com menor ansiedade pela mãe e pelo bebê e tenha mais êxito na manutenção do aleitamento materno.

#### 8.5.2 A influência do uso de artifícios e a introdução de outros alimentos

As colaboradoras relatam suas dificuldades para amamentar e como utilizaram de artifícios para tentar alimentar o filho com o leite materno. Como reflexo da incerteza de que seu leite sustentava a criança, ofereceram outros tipos de leite; e, para continuar alimentado com o próprio leite, utilizaram artifícios para auxiliar a retirada do leite e o oferecimento deste para a criança. Porém, algumas reconheceram que o uso dos utensílios pode interferir na produção do leite e na sucção da criança, sendo fatores que podem levar ao desmame.

*“(...) dava o mama no peito, depois dava o leite artificial, sempre o mamar no peito primeiro (...).” Maria Angélica*

*“(...) ela mamou leite artificial por um ano. Depois fui passar para outro leite em pó e ela não pegou, não pegou de forma alguma e eu já passei para o leite de vaca (...).” Maria Iris*

A introdução precoce de alimentos antes dos seis meses pode trazer consequências negativas para saúde da criança, visto estar associada a um número expressivo de episódios de diarreia, de hospitalização por doenças respiratórias e até de risco de desnutrição se os alimentos introduzidos tiverem valor nutricional inferior ao do leite materno (OLIVEIRA et al., 2017).

Quando há a introdução de outros alimentos substitutivos, a produção de leite é afetada, pois diminui a sucção no seio, o que torna a produção ineficaz. O leite apenas é

produzido e excretado quando há estímulos externos, como sucção, visão, cheiro e choro (MOARES et al., 2014). E, ainda, a introdução de outros alimentos deve ocorrer de forma lenta e gradativa a partir do sexto mês, mas mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2014).

A utilização da mamadeira também pode causar doenças, como infecção, além de favorecer o desmame. Os relatos a seguir demonstram que as mães percebem a “confusão de bico” que a mamadeira causa e como desfavorece a continuidade da amamentação no peito, mas acabam por oferecer tal artifício.

*“(...) ela estava mamando mais a mamadeira do que meu peito (...) eu acho que foi isso que foi diminuindo minha produção de leite e ela foi achando a mamadeira mais fácil (...).”*

*Maria Rosa*

*“(...) a mamadeira é muito mais fácil e ele não quis saber do peito mais (...).”*

*Iris*

*“(...) comecei a intercalar. Eu dava o peito e, na hora que eu saía, eu deixava a mamadeira; na hora em que eu voltava, eu dava o peito de novo (...).” “(...) ele foi indo, foi indo, deixou de pegar o peito e ficou só na mamadeira! (...).”*

*“(...) Eu dei a mamadeira e ela pegou certinho e acabou (...).”*

*Maria Petúnia*

Mesmo reconhecendo a interferência negativa desses utensílios na prática do aleitamento materno, ainda há um elevado percentual de mães que têm intenção de comprar e de usar chupetas e mamadeiras, sendo muito incomum a não ocorrência dessa prática. A utilização desses utensílios está atrelada à forma de acalantar a criança e de a mãe ter tempo para realizar outras atividades (SANTANA; BRITO; SANTOS, 2013).

Para muitas mães, a introdução de mamadeira e de chupeta são práticas inofensivas ao desenvolvimento da criança, mas podem ser fontes de contaminação, reduzem o tempo de sucção do seio materno, interferem na amamentação por livre demanda e podem retardar o estabelecimento da lactação; além de alterar as funções de mastigação, de sucção e de deglutição, o que causa alterações na musculatura de órgãos fonoarticulatórios e a oclusão dentária (PELLEGRINELLI et al., 2015).

O uso da chupeta também tem sido identificado como um fator associado à menor duração do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo. O desmame precoce é mais frequente entre um e 24 meses em crianças usuárias de chupeta, quando comparadas com

crianças que não usam. Tal fato se dá porque o uso da chupeta pode influenciar a habilidade oral do bebê para realizar a ordenha no peito (“confusão de bico”); e a criança que usa a chupeta amamenta com menos frequência, o que leva a uma menor produção de leite, necessitando de suplementação com fórmula láctea (GIUGLIANI et al., 2017).

Como o uso de mamadeira exerce influencia negativa na prevalência do aleitamento materno, os profissionais de saúde, pautados no nono passo dos *10 passos para o sucesso do aleitamento materno* que consiste em “Aconselhar as mães sobre o uso e os riscos de mamadeiras, bicos e chupetas”, precisam orientar os pais quanto à introdução desses artifícios e ao prejuízo que causam ao aleitamento (GIUGLIANI et al., 2017; WHO; UNICEF, 2018).

Outra dificuldade apontada pelas mães na amamentação é em relação à pega da mama por parte do bebê e à preferência por uma mama em detrimento da outra, o que faz com que elas utilizem artifícios para auxiliar, acreditando facilitar a pega correta, como é observado nos relatos a seguir:

*“(...) eu coloquei o bico de silicone porque com o bico ela mamava melhor do que com o bico do meu peito, porque eu não tinha bico. Eu colocava o bico de silicone, fazia um biccão e ela pegava certinho. Tanto que ela mamava com o bico. Eu tirava o bico ela não queria (...).” Maria Rosa*

*“(...) comprei o bico de silicone para ver se ajudava. Foi bom nos primeiros dias porque ela sugava de um seio, só do direito e do esquerdo ela não conseguia (...).” Maria Petúnia*

A pouca sucção ou a não sucção do bebê podem impedir a amamentação. Tal fato pode estar relacionado ao uso de chupeta, de mamadeiras, de mamas ingurgitadas, de mamilos muito planos ou invertidos ou ao mau posicionamento do bebê.

A opção da criança em sugar mais uma das mamas pode estar relacionada com a diferença entre os mamilos, com o fluxo de leite e com a alteração na posição do bebê em um dos lados, o que pode levar ao desconforto no momento da amamentação (AMARAL et al., 2015).

Para manter o aleitamento materno, é preciso interromper o uso dos artifícios, quando presentes, corrigir o posicionamento, insistir nas mamadas, além de manter a tranquilidade materna, sendo estes manejos importantes para estimular o bebê (MORAES et al., 2014).

### 8.5.3 Influência cultural popular

As colaboradoras tiveram informações em relação ao aleitamento materno que são errôneas e interferiram na confiança da mãe em manter a amamentação. A família exerceu um papel de cobrança em vez de apoiar, com se segue:

*“(...) Minha mãe achava que ele não sustentava porque ele chorava muito (...).”*

*Maria Iris*

*“(...) todo mundo ficou falando que eu já não podia dar mais mama pra ela porque ela ficou dois dias sem mamar e que o leite estava velho, que o leite estava podre e ia fazer mal pra ela (...).”* *Maria Rosa*

*“(...) a família, mas acaba que atrapalha porque vem avó, vem a mãe e fala “dá mais um pouco, deixa mais um pouco no peito, deixa sugar mais, tira mais, tirou muito pouco leite, quando eu tirava leite da maquininha para dar para ela, nossa, mas só isso?! Ela está com fome, ela está com fome”. Não pode dar um choro, às vezes era fralda que tinha que trocar, e diziam está com fome tem que dar leite, está com fome, deixa mais, deixa mais! Então é uma avalanche de cobranças que a gente tem que prejudica (...).”* *Maria Petúnia*

Os aspectos culturais presentes na prática do aleitamento materno podem estar associados às crenças, aos símbolos, à memória e às influências pessoais e familiares de cada mulher, assim como as interferências da mídia, que, muitas vezes, mostram um caráter biologicista e, categoricamente, transmissor de informações simbólicas (JUNGES et al., 2010).

A crença do leite fraco ainda é um mito existente na sociedade e uma das principais causas de complementação precoce justificada pelas mães, sendo que a comparação da aparência do leite humano com leite de vaca – o leite forte - serviu para essa crença. De certa forma, a criação do mito “leite fraco” serviu para minimizar a culpa das mães por ser uma crença aceita culturalmente (MARQUES; COTTA; PRIEORE, 2011).

É importante reconhecer que cada mãe produz o leite ideal para o seu filho. O leite materno é espécie-específico, ou seja, além de provir de um ser humano para outro, é de cada mãe para o próprio filho. Por isso mães de bebês a termo produzem um leite diferente de mães de prematuros e, quanto mais prematuro é o bebê, mais células de defesa e gordura tem o leite de sua mãe. Além disso, a composição do leite muda a cada dia conforme o bebê vai crescendo e,

durante a mamada, o leite vai mudando sua composição desde o início até o final da mesma (CASTANHEL; DELZIOVO; ARAÚJO, 2016).

A figura da avó pode configurar como fator negativo para a manutenção do aleitamento materno exclusivo. Elas carregam consigo a herança cultural e trazem o conhecimento empírico transmitido das gerações passadas e procuram repassar esses ensinamentos baseados em sua sabedoria. No entanto, nem sempre essas ações estão de acordo com as evidências científicas mais adequadas a serem adotadas pelas mães e a intervenção direta da avó pode atrapalhar a amamentação da criança (OLIVEIRA et al., 2015).

As influências, experiências familiares e as pressões da sociedade e do grupo a que pertencem, podem interferir na decisão de amamentar. Em alguns casos, as mães ficam divididas entre a contradição de querer-poder amamentar seus filhos. Tais dúvidas, cobranças, limites e possibilidades constroem suas representações sociais sobre o processo da amamentação e podem gerar culpas e frustrações (CASTANHEL; DELZIOVO; ARAÚJO, 2016).

Os profissionais de saúde precisam considerar a amamentação além de um ato natural, é preciso que identifiquem com a mãe suas necessidades, seus mitos e crenças adquiridos por meio da cultura para entenderem a amamentação sobre a visão da nutriz e, assim, poderem atuar com eficácia na resolução dos problemas por elas enfrentados (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011).

Os fatores culturais são grandes desafios para a assistência de saúde no processo de amamentação, por isso, além das orientações pertinentes, alguns mitos e barreiras precisam ser quebrados para auxiliar na manutenção da amamentação exclusiva pelos primeiros seis meses de vida (OLIVEIRA et al., 2017).

O enfermeiro necessita construir valores sobre o aleitamento materno junto à mãe e a sua família, trazendo todos para participar dos programas de educação em saúde sobre o aleitamento materno. Mas, acima de tudo, precisa respeitar as crenças e os sentimentos familiares, para que estejam mais preparadas para apoiar e para contribuir para o sucesso da amamentação (MONTESCHIO; GAÍVA; MOREIRA, 2015).

#### 8.5.4 Apoio familiar

Durante a fase de amamentação, as colaboradoras tiveram o apoio dos familiares e amigos, que as acompanharam no puerpério imediato e ajudaram no cuidado da criança, sendo um apoio imprescindível para a amamentação. Os membros de sua rede social<sup>3</sup> que estiveram mais presentes foram mãe, tia, parceiro e amiga.

*“(...) minha tia que dormiu comigo, ela é técnica de enfermagem, ela ficou me estimulando para dar o peito (...).” Maria Rosa*

*“(...) ele ficava com minha mãe para eu trabalhar (...).” Maria Liz*

*“(...) eu acho que é bom ter pessoas que ajudam a gente no pós-parto, a gente precisa muito, a puérpera com toda a oscilação de hormônio fica muito sensível, então a gente precisa muito de apoio. Minhas amigas vieram me ajudar, elas ficavam aqui até de madrugada me ajudando a tirar o leite (...).” Maria Petúnia*

É importante entender que a nutriz pertence a um contexto relacional. No seu mundo de vida, onde a ação da pessoa sempre está voltada para alguém, ela não vive só, vive se relacionando com outras pessoas, uma relação face a face, uma relação eu-tu, uma relação eu-nós. Tais relações possibilitam o compartilhamento de conhecimentos, de experiências, de hábitos e de costumes, principalmente dos familiares, por estarem mais próximos (SOUZA; NESPOLI; ZEITOUNE, 2016).

A participação do pai no cotidiano familiar, no cuidado com a criança, vem sendo comumente veiculada com a “nova paternidade”, na qual o homem, não só dá o suporte econômico de sustentação da família, mas também a expressão de sentimentos e a participação em todos os aspectos da vida familiar, como os cuidados com a criança e o seu desenvolvimento (BATISTA; FARIAS; MELO, 2013).

Apesar de todas as mães do estudo serem casadas, apenas uma referiu ajuda do companheiro.

*“(...) tive a colaboração do meu marido que também me ajudou muito. Quando nas*

---

<sup>3</sup> Rede social:” conjunto de relações interpessoais que determinam as características da pessoa, tais como: hábitos, costumes, crenças e valores”, sendo que dessa rede a pessoa pode receber ajuda emocional, material, de serviços e informações (SANICOLA, 2008).

*madrugadas nós tentávamos colocá-la no peito, no hospital (...) ainda bem que eu tinha o meu marido! (...)*”. *Maria Petúnia*

A participação do parceiro influencia no bem-estar da mulher desde a gestação até depois do nascimento da criança. O pai precisa sair do papel de coadjuvante da gestação e da amamentação e deve ser valorizada sua participação, desde o pré-natal, para que possa ajudar nos cuidados com o filho e com a puérpera, contribuindo no manejo da amamentação, a fim de evitar o desmame precoce.

#### 8.5.5 Ausência e/ou presença de afecções nas mamas

As colaboradoras não referiram patologias nas mamas como fissuras ou mastite, o que foi vivenciado como positivo no processo de amamentação. Porém, algumas tiveram o ingurgitamento mamário que causou desconforto para elas.

*“(...) eu não tive rachadura, mastite, eu não tive nada!”* *Maria Angélica*

*“(...) Nesse sentido de dor, de rachar, de machucar, isso eu não tive realmente, única coisa foi empedrar mesmo o leite porque juntava muito (...).”* *Maria Dália*

*“(...) meu leite começou a empedrar, cresceu muito o meu seio, nossa! Ficou duro, quente, doeu muito! Mas, ainda bem que meu seio não rachou o bico (...).”* *Maria Petúnia*

*“(...) eu não senti dor nenhuma! Nada! Pressão, nada também, meu peito não rachou em momento algum! (...).”* *Maria Liz*

As afecções das mamas, como fissuras e ingurgitamento mamário, são problemas frequentemente apresentados pelas nutrizes e que podem interferir diretamente no sucesso da amamentação. Para a prevenção de tais problemas, a técnica correta de amamentação é fundamental, além da adoção de medidas profiláticas durante a gravidez e o puerpério (FUJIMORI et al., 2010).

Diferentemente deste estudo, a dor nas mamas, os traumas mamilares e as fissuras são motivos para as mães deixarem de amamentar seus filhos e introduzirem outros alimentos para repor o leite materno (DIEGO; SOUZA; ZOCHE, 2011).

Como a dor nas mamas durante a amamentação contribui para efetivação do desmame precoce, é importante prevenir os traumas com técnicas corretas de amamentação, com exposição das mamas à luz do sol, com a realização de ordenha manual para esvaziamento das mamas em caso de ingurgitamento e com a manutenção dos mamilos limpos e secos (AMARAL et al., 2015).

Apesar de algumas mães terem relatado dor, não recorreram à assistência do profissional de saúde. A referência à dor, nos relatos, pode ser devido a problemas na pega e na posição do binômio nutriz-bebê, levando a um esvaziamento inadequado da mama, o que interfere até na produção do leite. É nesse momento, no puerpério, que a assistência adequada da equipe de saúde é imprescindível, porque é preciso realizar uma avaliação da amamentação para aliviar a dor e evitar futuros problemas mamários.

#### 8.5.6 Dificuldade na amamentação

As mães vivenciaram dificuldades para manter o aleitamento materno, uma vez que a não observação da saída concreta do leite e a dificuldade de estabelecer a pega correta do bebê na mama geram insegurança quanto à capacidade das mulheres em suprir adequadamente seu filho com o próprio leite, conforme relatos a seguir:

*“(...) no segundo mês, eu já não tinha leite mesmo. Mesmo tentando amamentar, mesmo oferecendo o seio para ela, o leite não descia mais! (...)” Maria Iris*

*“(...) Não sei se era eu que não estava conseguindo, se era o leite que não estava descendo, não sei explicar! (...)” Maria Rosa*

Tal percepção é muitas vezes revestida de um caráter cultural e que precisa de uma atenção especial dos profissionais de saúde, os quais devem perceber se realmente existe uma baixa produção de leite ou se são outras influências que permeiam esse fator (JUNGES et al., 2010).

A crença no leite insuficiente pode ser uma percepção errônea da mãe, devido à falta de conhecimento em relação ao aleitamento. O ato de amamentar é construído e condicionado pela história de vida da mulher e por suas experiências, pelos conhecimentos adquiridos desde a

infância, pela assistência recebida no durante o ciclo gravídico puerperal e pelo apoio que recebe da família e da sociedade (MONTESCHIO; GAÍVA; MOREIRA, 2015).

As mães precisam ser orientadas a ficarem atentas porque a criança passa por períodos de aceleração de crescimento que se caracteriza por um aumento da demanda de leite, podendo fazer com que elas acreditem que não estão sendo capazes de produzir leite suficiente para os bebês. Esses períodos duram em média dois a três dias e, habitualmente, acontecem entre 10 e 14 dias de vida, entre quatro e seis semanas e em torno de três meses (BRASIL, 2011a).

A falta de confiança em si mesma por parte das mães pode ser a grande responsável pela ideia de o leite ser fraco. Essa ausência de confiança surge pelo fato de s mães terem medo e sentirem que é um desafio elas mesmas produzir o alimento para seus filhos, e, principalmente, tendem a carregar a culpa se acreditam que o seu leite não satisfaz as necessidades da criança (ALGARVES; JULIÃO; COSTA, 2015).

Outro aspecto complicador no manejo da amamentação é a pega correta da criança na mama. Uma pega correta é imprescindível para uma boa mamada, isto é, para a criança extrair adequadamente o leite e não machucar o peito da mãe. Quando isso não acontece, pode desestimular as mães, fazendo-as pensar em desistir como mostram os relatos a seguir:

*“(...) mas ela não mamava muito, parecia que ela tinha dificuldade de mamar (...).”*

*Maria Angélica*

*“(...) quando ela nasceu, não tinha aprendido a sugar corretamente, então foi bem difícil mesmo o processo de amamentação. Muito difícil! Para ser sincera, eu não queria mais porque foi muito doloroso e ela chorava muito! (...).”* *Maria Petúnia*

O recém-nascido não sugar ou apresentar sucção débil ou ineficaz após o nascimento não é raro, e pode durar horas ou dias. Para estabelecer a amamentação nesses casos, é importante orientar a mãe a realizar ordenha manual ou por bomba de extração de leite, garantindo a produção de leite; suspender o uso de bicos, mamadeiras e de chupetas se for o caso; observar o posicionamento do bebê para mamar e se não está causando dor; observar a mamada e corrigir possíveis erros; mudar o posicionamento para facilitar a pega; e insistir nas mamadas por alguns minutos cada vez (BRASIL, 2011a).

O apoio à mãe é importante para que esta se mantenha tranquila e confiante para superar as dificuldades e não desistir da amamentação. É preciso também acalmar a criança para que consiga o posicionamento e a pega correta.

Todas as mães deste estudo foram submetidas à cesariana e, ao vivenciarem como dificuldade a demora na descida do leite, fazem alusão ao tipo de parto.

*“(...) no hospital tive ele de cesariana, de cesariana demora para o leite descer (...)”*

*Maria Liz*

*“(...) no primeiro dia, eu tive dificuldade, que como eu estava deitada porque fiz cesariana, eu tive certa dificuldade para amamentá-lo (...)”* *Maria Dália*

*“(...) quando ela nasceu, meu leite demorou pra descer porque foi cesariana (...)”*

*Maria Rosa*

No Brasil, há uma prevalência de parto cesáreo, um procedimento operatório que expõe a mãe e o recém-nascido às condições desfavoráveis e pode desfavorecer o aleitamento materno por diminuir a lactogênese. Isso acontece por fatores hormonais que contribuem para o retardo da apojadura, assim os hormônios importantes para produção e ejeção do leite – prolactina e ocitocina – são menos secretados neste tipo de parto, principalmente nas primeiras 24 horas, sendo necessário o estímulo mamário através da sucção. Porém, quando é realizada a cesárea, até a amamentação na primeira hora é retardada devido à separação mãe-filho (BRASIL, 2011a).

Assim, a cesárea pode desfavorecer o aleitamento devido à dor incisional, a posição da mãe no pós-anestésico, dificultando, portanto, as primeiras mamadas e contato entre a mãe e o filho que pode demorar horas após o parto. Ao contrário, no parto vaginal, o primeiro contato da criança com a mãe pode acontecer imediatamente após o parto e a mãe tem maior facilidade em posicionar-se para amamentar por não estar anestesiada nem com dor pela ferida operatória.

Assistir à nutriz durante no puerpério imediato, enfrentando as dificuldades de cada tipo de parto, torna-se imprescindível para o sucesso do aleitamento materno.

#### 8.5.7 Motivos do desmame precoce relacionados ao bebê: visão das mães

As mães relacionam o desmame com fatores comportamentais do bebê. Para muitas, o ganho de peso é determinante para atestar a qualidade e a eficácia do leite materno. Quando as

crianças, por qualquer motivo, não ganham peso adequado, na percepção delas, relacionam à insuficiência do leite materno.

As crianças deste estudo não apresentaram alteração significativa no ganho de peso, mesmo em aleitamento materno exclusivo, mas as mães tinham a percepção errônea de que os filhos perderam peso, o que se sustentava pelas orientações recebidas nas consultas pediátricas e pela prescrição do leite artificial precoce, conforme os relatos seguintes:

*“(...) ela ganhava pouco peso (...).” Maria Angélica*

*“(...) perdeu, perdeu um pouco de peso, sim, foi onde tive que levar na pediatria e falar pra ela que eu não estava vendo a minha filha desenvolver (...).” Maria Iris*

*“(...) Fui na primeira consulta do pediatra e ela não estava ganhando peso (...).”*

*Maria Petúnia*

O acompanhamento do crescimento é imprescindível para promover e para proteger a saúde da criança, pois permite diagnosticar e tratar em tempo oportuno a sub ou a sobrealimentação, evitar que desvios de crescimento possam comprometer a saúde atual e sua qualidade de vida futura. Para esse acompanhamento, utilizam-se os valores de referência para acompanhamento do crescimento e do ganho de peso das curvas da OMS (BRASIL, 2012a).

É imprescindível a adequada avaliação do crescimento e as orientações adequadas quanto ao desenvolvimento da criança, para que a mãe se sinta segura quanto aos cuidados ofertados ao seu filho e em manter o aleitamento materno.

Por meio dos relatos das colaboradoras, percebe-se que o choro persistente da criança é associado à fome, e interpretado pelas mães como uma incapacidade do próprio leite de satisfazer o bebê, desvalorizando os aspectos nutritivos e superiores que leite humano tem em relação a outros, como nos relatos a seguir:

*“(...) eu dava o peito ele berrava! Punha o peito na boca dele, e ele berrava! Parecia que a gente estava o beliscando! (...).” Maria Liz*

*“(...) ele mamava, mamava, mamava e não sustentava! Ele começou a chorar muito e a gente começou a dar mais o leite artificial (...).” Maria Dália*

*“(...) ela chorava e chorava a madrugada inteira! Não conseguia pegar corretamente! (...).” Maria Petúnia*

A crença do “pouco leite” ou “leite insuficiente” ainda é percebida nas falas das mães e pode estar atrelada ao fato de as mães se sentirem inseguras quanto à sua capacidade de

produzir leite suficiente para o seu filho, levando-as à complementação precoce. Para elas, o fato de a criança chorar é sempre associado à fome ou ao leite não estar sendo suficiente para suprir as necessidades do bebê. Porém, a hipogalactia é um fenômeno pouco frequente entre as nutrizes (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011).

As alegações de o leite ser insuficiente para sustentar o bebê pode ser um pedido de ajuda das mães frente às dificuldades que estão vivendo. É preciso observar pelas entrelinhas, pois talvez seja um pedido que nem a própria nutriz consiga formular de modo claro (FUJIMORI et al., 2010).

Outro aspecto relevante é entender que o choro da criança pode estar relacionado a várias outras situações como desconforto, dor, necessidade de carinho e de proteção. Além disso, o choro é um meio de comunicação usado pela criança. A interpretação errônea do choro da criança pode levar à introdução de leite artificial, ao uso de mamadeiras, o que pode diminuir a sucção das mamas e, conseqüentemente, à produção de leite (ALGARVES; JULIÃO; COSTA, 2015).

Na visão das mães, há um momento em que o filho deixa de mamar no peito como se a decisão de rejeição ao leite fosse uma iniciativa da própria criança. Tal percepção desobriga a mãe de qualquer responsabilidade em relação ao desmame, como nos relatos a seguir.

*“(...) foi indo desmamando, desmamando, desmamando até que parou! Ele não quis mamar mais (...).” Maria Liz*

*“(...) ela não quis pegar meu peito! Eu dava o peito e ela recusava! Empurrava (...) Ela não quis mesmo! (...).” Maria Rosa*

*“(...) mas ela mesma foi parando, não foi nada forçado, foi natural! (...).” Maria Petúnia*

O desmame precoce relacionado com a recusa da criança em “pegar o peito” é uma justificativa apontada por outras mães. Isso pode ser dar por uma interpretação errada do comportamento do bebê, devido à falta de orientação dos serviços de saúde e de suporte cultural da sociedade (POLIDO et al., 2011).

Para melhor compreensão e visualização das categorias e suas subcategorias reveladas, os dados apresentados acima são esquematizados na representação de um diagrama que segue.

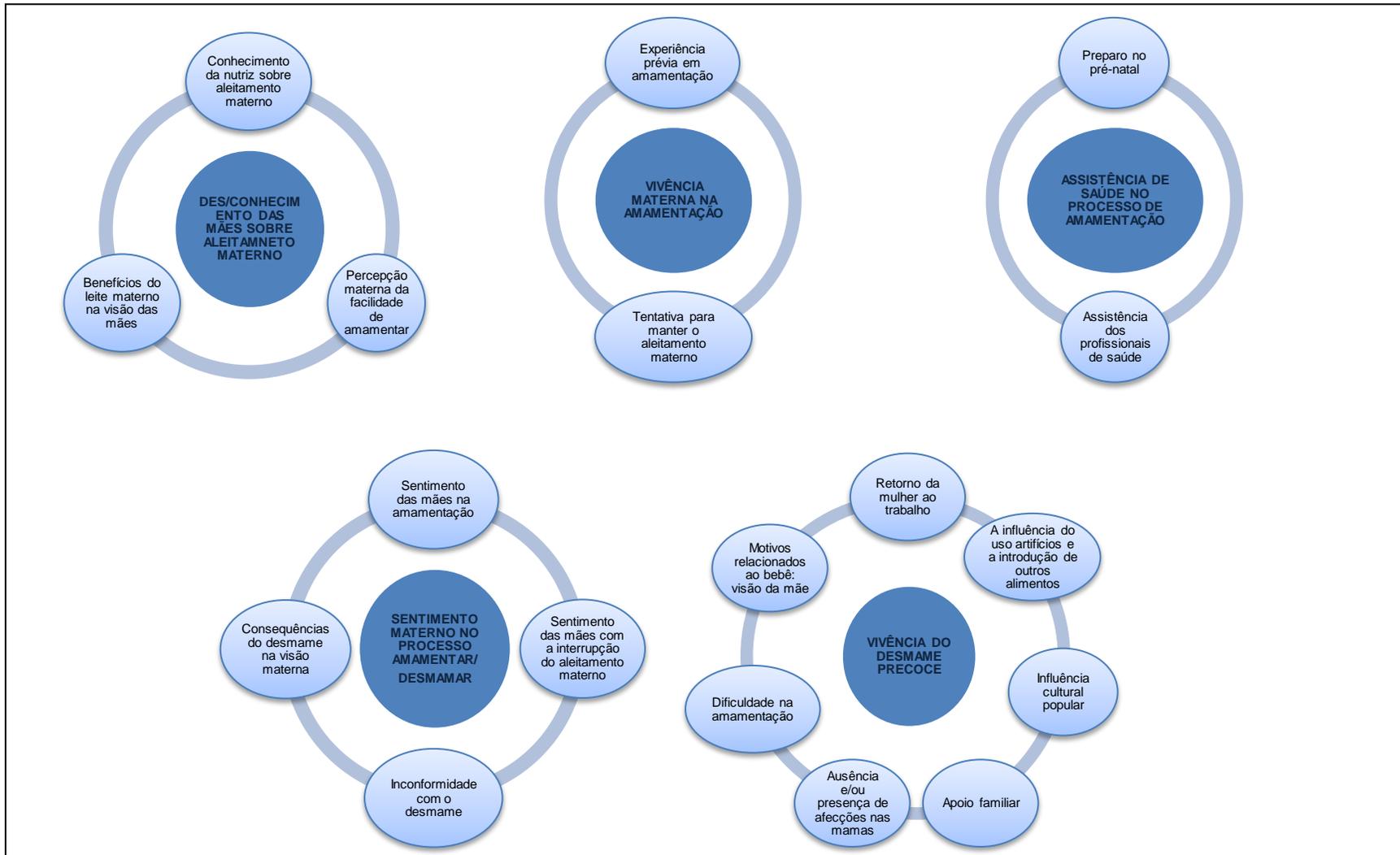


Figura 1 – Categorias e subcategorias da vivência materna no desmame precoce, 2018.

Fonte: autora.

A primeira categoria aborda o des/conhecimento das mães sobre aleitamento materno. As colaboradoras revelam um conhecimento limitado referente às questões de aleitar. As mães vivenciaram com facilidade o começo da amamentação e tal percepção se dá por aspectos fisiológicos da lactação, como pega e produção de leite, deixando de levar em consideração outros fatores envolvidos nesse processo. Com relação ao saber sobre os benefícios da amamentação, as mães reconhecem os referentes à criança, principalmente relacionados à proteção contra doenças, e demonstram um desconhecimento quanto aos benefícios relacionados a elas mesmas. Tais revelações apontam para uma ausência de orientação adequada pelos profissionais de saúde durante o ciclo gravídico puerperal.

Na segunda categoria, os relatos das colaboradoras exprimem a vivência materna na amamentação. Quando as mães já passaram pela experiência de amamentar, trazem de volta as lembranças positivas, o que favorece a confiança para o aleitamento materno, mas o que foi desfavorável temem em vivenciar novamente. Já quando deparam com alguma dificuldade, utilizam de artifícios, como a bomba extratora de leite e o copinho, na tentativa de continuar a oferecer o leite materno. Porém, o insucesso gera insegurança e frustração, além de que o manejo inadequado do esvaziamento da mama e a ausência do estímulo de sucção podem desfavorecer a lactação.

Na terceira categoria, as mães revelam a assistência de saúde no processo de amamentação. É visto que durante a gestação não há preparação correta para amamentação. As ações realizadas pelas mães são de cunho cultural, indicadas por outras pessoas. As colaboradoras foram assistidas no pré-natal por médico obstetra e por enfermeira e, mesmo tendo realizado as consultas conforme recomendado pelo Ministério da Saúde, não apontaram orientações referentes à amamentação nas consultas de pré-natal. Também não participaram de grupo de gestante visto ser uma realidade a não existência desses na unidade de saúde de que fazem parte.

Todas as mães iniciaram a amamentação ainda na maternidade, mas muitas vezes não se sentiram apoiadas pelos profissionais que as assistiam. Apresentaram uma alta precoce, pois saem do hospital sem terem estabelecido a amamentação. Outras recebem alta hospitalar já com a prescrição de fórmulas, o que sentem como um desestímulo ao aleitamento materno.

No retorno para casa, à assistência de saúde não acontece, elas não recebem visita puerperal e não procuram a unidade de saúde para realizá-la. Assim, seus medos e inseguranças

referentes ao aleitamento materno ganham forma e, com o aparecimento das dificuldades, não são assistidas para vencê-las e para manter a amamentação.

Tais ações de saúde descumprem o preconizado pelo MS que orienta a realizar ações educativas durante o pré-natal referentes à amamentação, criando um espaço em que as gestantes podem ouvir e falar sobre suas vivências e consolidar informações importantes. É também um momento propício para a participação do parceiro e/ou de familiares. Ainda, aponta a importância de a maternidade avisar a equipe de atenção básica no momento da alta para que realize a visita domiciliar em tempo oportuno. A consulta puerperal, além ser um controle de saúde da mulher e do neonato, é oportuna para orientar sobre os cuidados com o bebê, inclusive no tocante à amamentação (BRASIL, 2013c).

Na quarta categoria, as mães expressam seus sentimentos no processo amamentar/desmamar. O ato de amamentar é experienciado como prazeroso e capaz de fortalecer o vínculo entre mãe e filho. Quando referenciam o desmame, externam sentimentos de tristeza, sendo visto como uma ruptura do laço que o momento de amamentar proporcionava. Mas, para algumas mães, o desmame possibilita o retorno da liberdade, devido à demanda de tempo que amamentar exige delas. E que, apesar de o ato de amamentar favorecer o vínculo e ser um momento de troca de carinho, isso não interfere no amor materno, que não é alterado pelo fato de desmamar.

Apresentam, ainda, sentimentos de inconformidade com o desmame, como se não pudessem compreender que, apesar dos esforços para manter o aleitamento materno, o desmame pode acontecer. Inclusive, sentem que o fato de não oferecer aos seus filhos o leite materno pode ter sido motivo para estes ficarem mais vezes doentes.

Na última categoria, a quinta, contam como foi a vivência do desmame precoce. Um dos motivos mais apontados para a interrupção da amamentação foi o trabalho. A maioria das mães exercia atividade laboral fora de casa e, devido à necessidade de retornar às atividades, não podiam mais amamentar. Nenhuma delas tentou manter a oferta do leite materno realizando a ordenha e estocagem do leite.

Como fatores que podem colaborar para o desmame precoce as colaboradoras relatam o uso de artifícios que, para elas, facilitavam a oferta do leite, mas que diminuía a lactação.

Nesse período de amamentação, ter o apoio familiar, do parceiro e dos amigos próximos é fundamental para se sentirem mais seguras. Alguns dessa rede social exerceram

papéis relevantes de ajudarem no incentivo ao aleitamento materno, de dividirem as tarefas cotidianas e de apoiarem nos momentos de fragilidade. Porém, algumas vezes, os conhecimentos culturais já enraizados interferem negativamente para o sucesso da amamentação. As crenças de o leite não sustentar e de a criança chorar apenas por fome fez com que os familiares adotassem uma postura de cobrança nas mães e acabaram por deixá-las desgastadas e inseguranças com o próprio leite.

As colaboradoras não apresentaram afecções graves nas mamas, como fissuras e mastite, mas tiveram ingurgitamento mamário e dor que, apesar de não serem vistos como significativos para as mães, podem interferir na produção do leite.

Como dificuldades no período de desmame, as mães referem a ausência de leite. Relatam que, apesar da insistência em oferecer o seio, na percepção delas, não há produção de leite suficiente para amamentar. Revelam também os problemas referentes à pega e à sucção correta da criança. Ainda como obstáculo para a amamentação, as mulheres foram submetidas à cesárea e associam que o tipo de parto desfavorece a descida do leite, o que as leva a postergar o início do aleitamento materno.

Por fim, discorrem sobre os motivos relacionados ao bebê que levaram ao desmame. O peso para mães é um determinante na qualidade do leite ofertado para criança. Quando suspeitam do não ganho de peso ou do pouco desenvolvimento do filho, procuram assistência pediátrica para a prescrição de fórmula infantil. Elas também interpretam que o choro da criança está diretamente relacionado à fome, significando que seu leite não é capaz de sustentar. E, em algum momento, sem razões explicáveis, percebem que seus filhos não querem mais mamar, como se rejeitassem os seios num sinal de que não querem mais manter o aleitamento.

Após a leitura e a releitura dessas categorias, foi elaborada uma figura que representa como ocorreu a vivência materna do desmame precoce.

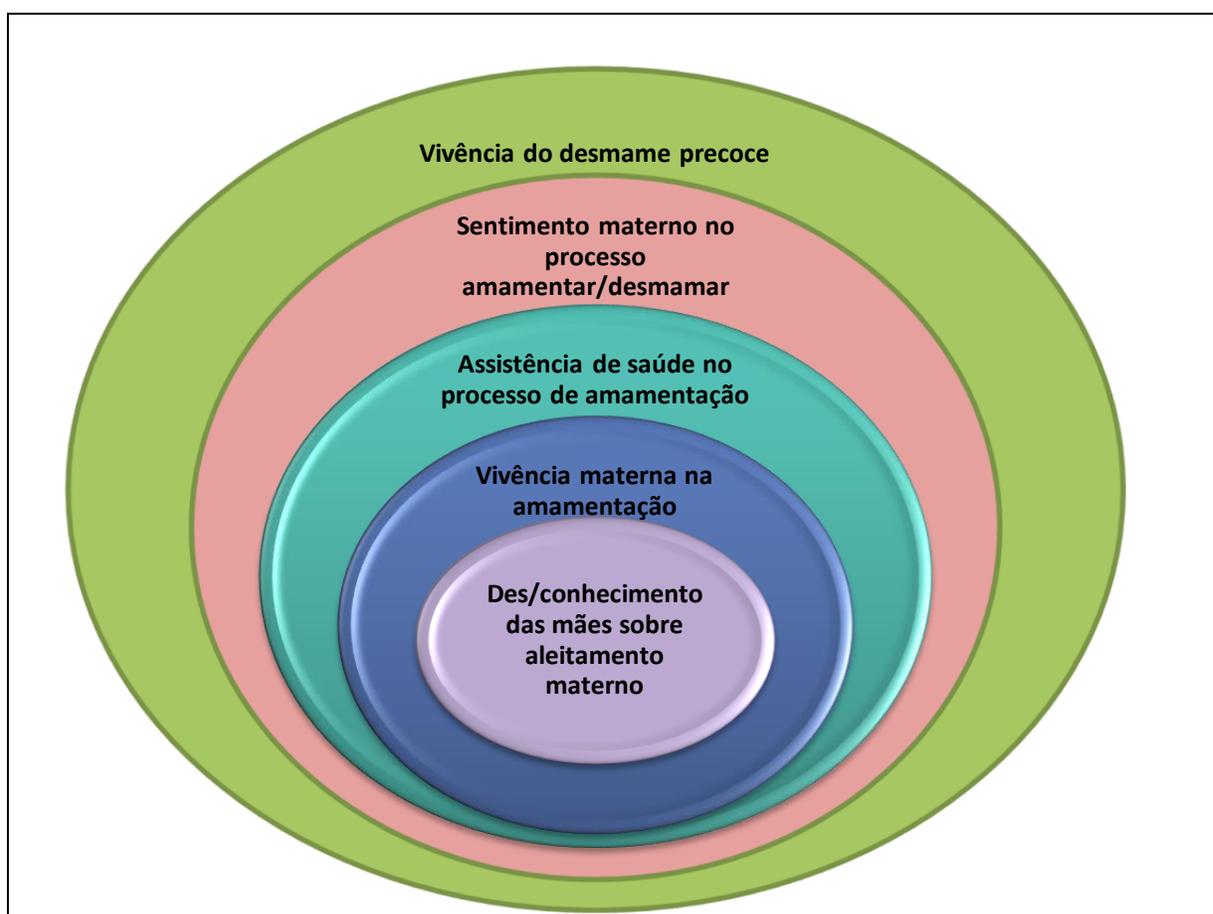


Figura 2 – Vivência materna do desmame precoce, 2018.  
Fonte: autora.

A assistência de enfermagem na amamentação precisa se iniciar no pré-natal, utilizando consultas individuais que permitem estabelecer vínculos de confiança e, por meio desta, fornecer orientações de acordo com a individualidade de cada gestante.

Ainda no período gestacional, grupos educativos são espaços oportunos para discutir sobre os aspectos do aleitamento materno. Podem-se trazer para essas rodas de conversas aspectos fisiológicos da amamentação, assim como os sociais, culturais e as crenças, proporcionando um ambiente em que as expectativas, as dúvidas e os conhecimentos prévios sejam respeitosamente discutidos e compartilhados, de modo a formar um conhecimento adequado sobre aleitar.

A amamentação passa pelas relações da rede social que cerca a mãe, por isso, durante a gestação, a enfermagem precisa criar meios para identificar essa rede e dar oportunidade para que possam participar dos grupos educativos e de consultas individuais para fortalecer os

incentivos ao aleitamento materno de maneira adequada, levando em consideração tais relações familiares e de amigos.

No ambiente hospitalar, após o parto, se possível, é fundamental que a enfermagem incentive a amamentação na primeira hora de vida do bebê. Para maior sucesso dessa ação, é bom discuti-la antes com a parturiente, para que esta esteja consciente da importância da amamentação na primeira hora de vida e se sinta preparada para receber o neonato.

Ainda no puerpério imediato, a assistência de enfermagem tem um papel relevante para auxiliar no início da amamentação, primeiro acolhendo a mulher que acaba de parir, e com paciência e dedicação, munida de conhecimento, auxiliar as primeiras mamadas, ajudando com a técnica correta e apoiando a mãe em suas fragilidades.

Para a alta hospitalar, a enfermagem precisa avaliar se o binômio está preparado para voltar para casa e para fornecer orientações essenciais para que possa continuar a amamentar. Também precisa entrar em contato com a unidade de saúde da atenção básica, comunicando a alta hospitalar dessa família para a continuidade do cuidado.

A alta da maternidade é um momento cheio de dúvidas e carregado de informação hospitalar. Nesse momento da chegada da família em casa, mais uma vez a assistência de enfermagem é imprescindível, pois, além de dar suporte e orientações para a família, é possível acompanhar o processo de amamentação, de modo a consolidar os conhecimentos da mãe e a ajudar a enfrentar as dificuldades.

Além disso, por ser o ambiente da família, é mais fácil identificar a rede social que tem relevância para mãe, e se aproximar desta para que se torne verdadeira apoiadora do binômio mãe-filho e não cause insegurança na mãe com crenças errôneas sobre amamentação.

As mães deste estudo apontaram como fator de desmame a volta para o trabalho. Se a assistência de enfermagem acontecer efetivamente no puerpério, poderia preparar a mãe para o retorno ao trabalho, ensinando e auxiliando na ordenha das mamas, no acondicionamento do leite e no oferecimento no copo ou da colher, gerando segurança nas mães e continuidade da amamentação.

A enfermagem pode ser uma grande aliada no incentivo, no apoio e na promoção da amamentação, pois está presente em todas as fases do período gravídico puerperal, como demonstra a figura seguinte:

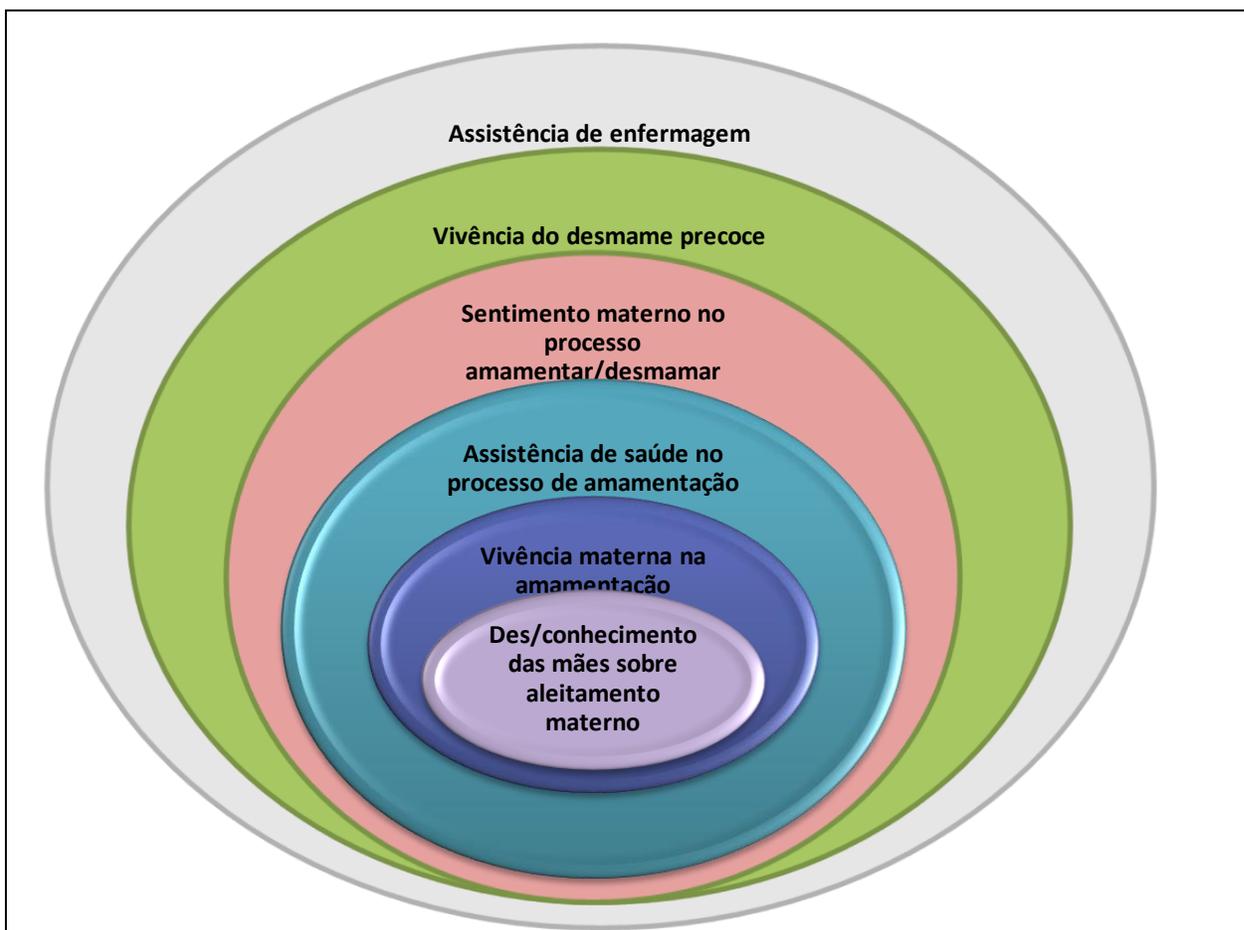


Figura 3 – Assistência de enfermagem no aleitamento materno, 2018.

Fonte: autora.

A assistência de enfermagem na atenção básica pode auxiliar no aleitamento materno desde o começo da gravidez, o que pode permitir até uma mudança de intenção dessa mulher em amamentar, e ainda deixá-la mais segura para estabelecer a amamentação. Além disso, pode acompanhá-la na volta para casa onde as principais dificuldades do aleitamento materno acontecem.

Neste estudo, a enfermagem foi citada pelas mães apenas na maternidade, no período de puerpério imediato, porém deveria estar presente em todo processo, desde a gravidez até o puerpério tardio. É preciso que haja continuidade da assistência que se inicia na atenção básica, passa pelo hospital e retorna para a atenção básica. Assim, em todas as etapas, é possível que a tríade mãe-filho-família seja assistida por um profissional da enfermagem.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo, pôde-se conhecer a vivência de mães que desmamaram seus filhos precocemente e reconhecer os fatores que elas apontam como causas que levaram à interrupção da amamentação.

O conhecimento que as mães têm em relação à amamentação baseia-se em saberes e em crenças populares, o que limita a confiança das mães quanto a essa prática.

O ato de amamentar é um momento que gera sentimentos de ternura entre o binômio mãe-filho, sendo propício para a criação do vínculo. Porém, a demanda de tempo para amamentar exige, junto com as multirefexas que as mulheres têm em seu cotidiano, se torna desgastante física e emocionalmente para as mães.

O apoio dos familiares e do parceiro nos momentos de fragilidade é de suma importância para as nutrizes. Mas, ao mesmo tempo em que a ajuda destes é importante, também pode atrapalhar a autonomia e a segurança das mães na hora de aleitar.

Apesar de apontados muitos fatores para justificar as causas do desmame precoce, é possível inferir outros motivos que o expliquem, e estão relacionados ao ambiente, à personalidade materna, às suas emoções, à relação com o parceiro e com a família, às influências culturais e à sua resposta aos diferentes problemas cotidianos. O importante não é apontar um culpado nem fazer da mãe a responsável pelo insucesso da amamentação, mas entender que o desmame está atrelado a múltiplos fatores, todos com a mesma importância e que só será possível auxiliar na amamentação se todos forem levados em consideração.

Uma das falas das colaboradoras revela o quanto a amamentação pode estar sendo atrelada ao amor materno, como se mães que amamentassem amassem mais do que as que não amamentam. Essa percepção revela um incentivo ao aleitamento materno e à assistência de saúde inadequada, que talvez esteja cobrando mais do que incentivando e impondo condições em vez de apoiar a mãe.

Para que a mulher possa enfrentar esse novo papel de mãe e de nutriz, ela precisa se sentir adequadamente assistida em suas dúvidas e dificuldades. É imprescindível que os profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, adotem uma nova postura de promoção, de incentivo e de apoio ao aleitamento materno, para que possam assistir à tríade mãe-filho-família

na perspectiva de suas realidades, de modo a favorecer um ambiente de construção de conhecimento capaz de gerar autonomia à mulher na hora de oferecer seu próprio leite como alimento para seu filho.

O almejado é que este estudo contribua para a produção do conhecimento e para a prática dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência materno-infantil, despertando o olhar desse para o que vai além da dimensão biológica do cuidar em enfermagem, sensibilizando-os quanto à importância de se conjugar saberes para uma prática humanizada.

Este estudo poderá contribuir para a capacitação do enfermeiro a fim de redirecionar sua assistência, para que crie novos meios de propagar o conhecimento e de assistir às famílias. Além disso, poderá reforçar o quão importante são as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, como os grupos educativos e o acompanhamento puerperal por meio de visita domiciliar e consulta de enfermagem.

Quanto às limitações do estudo, destaco o fato de terem sido realizados apenas com mães que pertencem a uma unidade que não é Estratégia de Saúde da Família, pois os principais aspectos relacionados à assistência da atenção básica se deparam com a estrutura de atendimento desse modelo de unidade. Cabem, portanto, novos estudos a serem realizados com mães que recebem assistência por Estratégia de Saúde da Família, para que, conhecendo e comparando as realizadas com este estudo, possamos ter mais subsídios para estabelecer políticas públicas de saúde, referentes ao aleitamento materno, capazes de alcançar a todas as mães, os bebês e as famílias.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, F. C. P.; FABBRO, M. R. C.; WERNET, M. Fatores que interferem na amamentação exclusiva: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 610-619, 2013.
- ALGARVES, T. R.; JULIÃO, A. M. S.; COSTA, H. M. Aleitamento materno: influência de mitos e crenças no desmame precoce. **Revista Saúde em foco**, Teresina, v. 2, n. 1, p. 151-167, jan./ jul. 2015.
- ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5 (supl), 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v80n5s0/v80n5s0a02.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2018.
- AMARAL, L. J. X. et al. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Paraíba, v. 36, p. 127-134, 2015.
- ARAÚJO, O. D. D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Teresina, v. 61, n. 4, p. 488-492, 2008.
- BARBOSA, G. E. F. et al. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 3, p. 265-272, jul./ set. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v35n3/0103-0582-rpp-2017-35-3-00004.pdf>>. Acesso em 17 ago. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Portugal: Edições 70, 1977.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Portugal: Edições 70, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa. Portugal: Edições 70, 2009.
- BASZANGER, I.; DODIER, N. Ethnograph-relating the part to the hole. In: SILVERMAN, D. **Qualitative research: theory, method, and practice**. London: Thousand Oaks, 2004.
- BATISTA, N. A. T. Práticas Naturais de saúde no Ensaio da Enfermagem; o que são e o que poderão ser: um estudo de representações de docentes. 1994. 145f (Mestrado em Enfermagem). Centro de educação e Humanidade, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1994.
- BATISTA, K. R. A.; FARIAS, M. C. A. D.; MELO, W. S. N. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 130-138, jan./ mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000100015&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100015&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 03 maio 2017.

BATTAUS, M. R.; LIBERALI, R. A promoção do aleitamento materno na estratégia de saúde da família – Revisão sistemática. **Revista APS**, v. 17, n. 1, p. 93-100, jan./ mar. 2014. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1843/789>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

BENNER, P. **Interpretive phenomenology: embodiment, caring, and ethics in health and illness**. California: Sage, 1994.

BENNER, P. The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. **Nursing Philosophy**, v. 1, p. 5 -19, 2000.

BOCCOLINI, C. S. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 69-78, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1717.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 1, n. 1, jul./ dez. 2005. Disponível em: <[http://www.aleitamento.com.br/upload%5Carquivos%5Carquivo1\\_1688.pdf](http://www.aleitamento.com.br/upload%5Carquivos%5Carquivo1_1688.pdf)>. Acesso em: 03 maio 2017.

BRASIL. **Decreto-lei nº 229, de 28 de fevereiro de 1967**. Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e dá outras providencias. Diário Oficial, Brasília, DF, 28 de fevereiro de 1967.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

\_\_\_\_\_. **Portaria MG/GM nº 1.016, d e26 de agosto de 1993**. Normas básicas para implementação do sistema “Alojamento Conjunto”. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 693/MG, de 5 de julho de 2000**. Norma de orientação para a implantação do Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde Departamento de Ações de Políticas Estratégicas. **Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, bicos, chupetas e mamadeiras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos**. Brasília: Anvisa, 2008a.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.799, de 18 de novembro de 2008**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Amamenta Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal 11.770, de 9 de setembro de 2008**. Programa Empresa Cidadã. 2008c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 23 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** 4 v. Brasília : Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 318 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde. **Amamenta e Alimenta Brasil: manual de implementação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.158p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** 1. ed. rev. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013c. 318 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.72p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.184p.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.509, de 22 de novembro de 2017**. Dispõe sobre adoção e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943, e a Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 de novembro de 2017. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2017/Lei/L13509.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13509.htm)>. Acesso em: 27 abr. 2017.

BREIGEIRON, M. K. et al. Associação entre estado nutricional, aleitamento materno exclusivo e tempo de internação hospitalar de crianças. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 36, p. 47-54, 2015.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise dedados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 57, n. 5, p. 611-614, set./ out. 2004.

CAMPOS, C. O. M. et al. Adaptação transcultural dos estágios de mudança de comportamento e processos de mudança para a amamentação exclusiva. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 29, n. 5, set./ out. 2016.

CARNEIRO, M. L. M.; CORBISHLEY, A. C. M. The use of participant observation in qualitative nursing research: the bridge between theory and practice. In: **6ª International Qualitative Health Research Conference**, Banff, 2000. p. 264-266.

CARRASCOZA, K. C. et al. Aleitamento materno em crianças até os seis meses de vida: percepção das mães. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1045-1059, 2011.

CARVALHO, M. J. L. N. et al. Primeira visita domiciliar puerperal: uma estratégia protetora do aleitamento materno exclusivo. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 1, p. 66-73, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v36n1/0103-0582-rpp-2018-36-1-00001.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

CASTANHEL, M. S. D.; DELZIOVO, C. R.; ARAÚJO, L. D. **Promoção do leite materno na atenção básica**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2016. 92 p.

COSTA, L. K. O. et al. Importância do aleitamento materno exclusivo: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Ciência e Saúde**, São Luís, v. 15, n. 1, p. 39-46, jan./ jun. 2013.

DIOGO, E. F.; SOUZA, T.; ZOCICHE, D. A. Causas do desmame precoce e suas interfaces com a condição socioeconômica e escolaridade. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 2, p. 10-13, 2011.

Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/66/53>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

ESTEVES, T. M. B. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 4, n. 4, p. 697-703, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt\\_0034-8910-rsp-48-4-0697.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0697.pdf)>. Acesso em: 27 abr. 2017.

FABBRO, M. R. C.; MONTRONE, A. V. G.; ARANTES, C. I. S. Políticas, ações e manejo do aleitamento materno. Cap. 8. In.: FABBRO, M. R. C.; MONTRONE, A. V. G. **Enfermagem em Saúde da Mulher**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Editora Senac, Rio de Janeiro, 2013. p. 398-447.

FALCETO, O. G.; GIUGLIANI, E. R. J.; FERNANDES, C. L. Couples Relationship and breastfeeding: is there an association? **Journal of Human Lactation**, Thousand Oaks, USA, v. 20, n. 1, p. 46-55, 2004.

FARIAS, S. E.; WISNIEWSKI, D. Aleitamento materno X desmame precoce. **Revista UNINGÁ**, Paraná, v. 22, n. 1, p. 14-19, abr./ jun. 2015.

FERREIRA, H. L. O. C. et al. Fatores Associados à adesão ao aleitamento materno exclusivo. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 683-690, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0683.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

FIALHO, F. A. et al. Fatores Associados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Revista Cuidarte**, v. 5, n. 1, p. 670-678, 2014. Disponível em: <<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/105/169>>. Acesso em: 05 maio 2017.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. V. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 6, p. 121-127, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01291.pdf>>. Acesso em 27 abr. 2017.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-127, jan. 2008.

FROTA, M. A. et al. Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 895-901, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a22v43n4.pdf>>. Acesso em : 22 abr. 2017.

FUJIMORI, E. et al. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde.

**Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 315-327, abr./ jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 18 jun. 2018.

GIUGLIANI, E. R. J. et al. **Uso de chupeta em crianças amamentadas: prós e contras**. Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Aleitamento Materno. Sociedade Brasileira de Pediatria, n. 3, ago. 2017.

GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 410-22, dez. 1997.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. 104-110, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo 2010**. Minas Gerais: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=310160>>. Acesso em: 10 maio 2017.

JUNGES, C. F. et al. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 2, p. 343-350, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/20.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

KALIL, I. R.; AGUIAR, A. C. Trabalho feminino, políticas familiares e discursos pró-aleitamento materno: avanços e desafios à equidade de gênero. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, jul./ set. 2016.

KALIL, I. R.; AGUIAR, A. C. Silêncios nos discursos pró-aleitamento materno: uma análise na perspectiva de gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 637-660, maio/ ago. 2017.

KIM, P. et al. Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 52, n. 8, p. 907-915, aug. 2011. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2011.02406.x>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

LEVY, L.; BERTOLO, H. **Manual de Aleitamento Materno**. Comitê Português para UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês. Lisboa. 2008. 44p.

LIMA, S. P. et al. Desvelando o significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais. **Texto e Contexto- Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n.1, mar. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000100308&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100308&lang=pt)>. Acesso em: 28 jun. 2018.

- LIRA, C. F. et al. Aleitamento materno: um enfoque nas práticas populares de cuidado. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v.7, n. 8, p. 5083-5092, ago. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/judejesus/Downloads/11779-27982-1-PB.pdf>. Acesso em: 16 de jun. 2018.
- LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLLI, A. Visita Domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Vale do Itajaí, v.7, n. 2, p. 241-247, 2008.
- LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986. 99p.
- MACHADO, A. K. F. et al. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p.1983-1989, 2014.
- MACIEL, A. P. P. et al. Conhecimento de gestantes e lactantes sobre aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 26, n. 3, p. 311-317, jul./ set. 2013.
- MAIA, R. **Mini Dicionário da Língua portuguesa: A/Z**. São Paulo (SP): DCL, 2010. p. 313.
- MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 16, v. 5, p. 2461-2468, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a15v16n5.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018.
- MATHEUS, M. C. C; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa Qualitativa em Enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Pesquisa Editora, 2006. 164 p.
- MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História Oral**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2005.
- MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História Oral: como fazer e como pensar**. São Paulo: Contexto, 2011.
- MEIHY, J. C. S. B.; RIBEIRO, S. L. S. **Guia prático de história oral: para empresas, comunidades, famílias**. São Paulo: Contexto, 2011. 198p.
- MELO, S. L. Suporte à amamentação através de um copo. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 4, n. 2, p. 56-66, ago./ dez. 2015. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/463/pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2018.
- MERHY, E. E.; ONOKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo (SP): Hucitec, 2007.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONTERIO, J. C. S. et al. Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o aleitamento materno exclusivo. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 359-367, abr./ jun. 2011.

MONTESCHIO, C. A. C.; GAÍVA, M. A. M.; MOREIRA, M. D. S. O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 5, p. 587-593, set./ out. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000500869&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000500869&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 01 maio 2017.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Desmame precoce: falta de conhecimento ou de acompanhamento? **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 13, n. 1, p. 53-59, jan./ mar. 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/75995>>. Acesso em: 27 maio 2017.

MORAES, J. T. et al. A percepção da nutriz frente aos fatores que levam ao desmame precoce em uma unidade básica de saúde de Divinópolis/MG. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Minas Gerias, v. 4, n. 1, p. 971-982, jan./ abr. 2014.

MOURA, E. R. B. B. et al. Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Intertox-EcoAdvisor de Toxicologia Risco Ambiental e Sociedade**, v. 8, n. 2, p. 94-116, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.revistarevinter.com.br/autores/index.php/toxicologia/article/view/203/418>>. Acesso 24 ago. 2017.

NADAL, L. F. et al. Investigação das práticas maternas sobre aleitamento materno e sua relação com a infecção de vias aéreas superiores e otite média. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 387-394, mai./ jun. 2017.

NAKANO, A. M. S. et al. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. **Revista Latino Americano de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p.230-238, mar./ abr. 2007. Disponível em:< file:///C:/Users/judejesus/Downloads/2421-3591-1-PB.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2018.

NASCIMENTO, V. C. et al. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v. 13, n. 2, p. 147-159, abr./ jun. 2013.

NEIVA, F. C. B. E. et al. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v. 79, n. 1, p. 07-12, 2003.

OLESEN, V. **Fields notes**: some suggestions, some examples. San Francisco, 1991. Mimeografado.

OLIVEIRA, C. S. et al. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36 (esp.), p. 16-23, 2015. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0016.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

OLIVEIRA, A. K. P. et al. Práticas e crenças populares associadas ao desmame precoce. **Av Enferm.**, Pernambuco, v. 35, n. 3, p. 303-312, 2017.

ORSHAN, S. A. **Enfermagem na Saúde das Mulheres, das Mães e dos Recém Nascidos.** O cuidado ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed, 2010. 1152p.

OSÓRIO, C. M.; QUEIROZ, A. B. Z. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de ideias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 261-27, 2007.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano.** 8. ed. Porto Alegre (RS): Artmed Editora S. A., 2006. 868p.

PELLEGRINELLI, A. L. R. et al. Influência do uso de chupeta e mamadeira no aleitamento materno exclusivo entre mães atendidas em um Banco de Leite Humano. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 28, n. 6, p. 631-639, nov./ dez. 2015.

PINHEIRO, J. M. F. et al. Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 29, n. 3, p. 367-375, mai./ jun. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732016000300367&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732016000300367&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

POLIDO, C. G. et al. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 624-630, 2011.

PRADO, C. V. C.; FABBRO, M. R. C.; FERREIRA, G. I. Desmame precoce na perspectiva de puérperas: uma abordagem dialógica. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 01-09, jun. 2016.

PRATES, L. A.; SCHMALFUSS, J. M.; LIPINSKI, J. M. Amamentação: a influência familiar e o papel dos profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 2, p. 359-367, abr./ jun. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10631/pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

RAIMUNDI, D. M. et al. Conhecimento de gestantes sobre aleitamento materno durante acompanhamento pré-natal em serviços de saúde em Cuiabá. **Revista Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n. 2, p. 225-232, jul./ dez. 2015.

RENNÓ, E. R.; RIBEIRO, R. R.; RIBEIRO, P. M. A vivência do desmame precoce: mitos e cultura. **RECENF**, Brasil, v. 9, p. 29-38, 2011.

RIBEIRO, P. M. **Aleitamento Materno**: como incentivar. São Paulo: Scortecci, 2010. 85p.

RIBEIRO, J. L.; DANIELLI, F. L. C. S.; GIL, N. L. M. Fatores de risco para o desmame precoce: uma revisão bibliográfica. **Uningá Review**, Brasil, n. 6, 2011.

RIBEIRO, P. M.; GUALDA, D. M. R. Mesmo sendo adolescente, sou mãe e gosto de ser assim: do processo saúde- doença à construção do processo saúde resiliência. 2009. 161f. **Tese** (Doutorado Enfermagem Materno Infantil) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo USP. 2009.

\_\_\_\_\_.; GUALDA, D. M. R. Gestação na adolescência: a construção do processo saúde-resiliência. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 361-371, abr./ jun. 2011.

\_\_\_\_\_. et al. Prevalencia de la lactancia materna exclusiva en una ciudad de Minas Gerais, Brasil. **Atención Primaria**, Brasil, v. 1, n. 1, p. 174-175, 2012.

\_\_\_\_\_. et al. Plan de cuidados de enfermería para una madre adolescente. **Evidentia**, Brasil, v. 10, n. 43, jul./ set. 2013.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 22-27, jan./ fev. 2014.

RODRIGUES, B. C. et al. Aleitamento materno e desmame: um olhar sobre as vivências de mães enfermeiras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 5, p. 32-41, set./ out. 2014.

SANICOLA, L. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo (SP): Veras Editora, 2008. 292p.

SANTANA, J. M.; BRITO, S. M.; SANTOS, D. B. Amamentação: conhecimento e prática de gestantes. **O Munda da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 259-267, 2013.

SANTIAGO, L. B. et al. Aleitamento Materno. In: CAMPOS JÚNIOR, D.; BURNS, D. A ; LOPES, F. A. **Tratado de Pediatria**. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2014.

SANTOS, F. S. et al. Aleitamento materno e diarreia aguda entre crianças cadastradas na Estratégia Saúde da Família. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, abr. 2016. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000100313&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100313&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 02 jul. 2018.

SAVASSI, L. C. et a. **Visita Domiciliar**. Belo Horizonte (MG): Editora GESF, 2006.

SHIMODA, G. T.; SILVA, I. A. P. Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 58-65, 2010.

SILVA, A. H.; FOSSA, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 17, n. 1, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/judejesus/Downloads/2113-7552-1-PB.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2017.

SILVA, C. M. S. et al. Sentimentos e vivências maternas associados ao processo de amamentação. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 9, p. 9343-9351, set. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10739/11845>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

SILVA, C. M. et al. Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. **Revista de Nutrição**, Campinas, n. 29, v. 4, p. 457-471, jul./ ago. 2016.

SOUZA, S. N. D. H.; MELLO, D. F.; AYRES, J. R. C. M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, jun. 2013.

SOUZA, M. H. N.; NESPOLI, A.; ZEITOUNE, R. C. G. Influência da rede social no processo de amamentação: um estudo fenomenológico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, out./ dez. 2016.

TORQUATO, R. C. et al. Perfil de nutrizes e lactentes atendidos na Unidade de Atenção Primária de Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, fev. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452018000100217&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452018000100217&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VARGAS, G. S. A. et al. Atuação dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família: promoção da prática do aleitamento materno. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-9, abr./ jun. 2016.

VENÂNCIO, S. I. et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, mar. 2016.

VICTORA, R. B. et al. Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms and Lifelong Effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475-490, jan. 2016.

VIEIRA, T. O. et al. Intenção materna de amamentar: revisão sistemática. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 12, dez. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001203845&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203845&lang=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Evidence for the ten steps to successful breastfeeding**. Geneva: WHO, 1998.

\_\_\_\_\_. **Infant and young child feeding:** model chapter for textbooks for medical students. Geneva: WHO, 2009.

\_\_\_\_\_; UNICEF. **The ten steps to successful breastfeeding,** 2018.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG**

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000

Fone: (35) 3299-1000 e Fax: (35) 3299 1063



## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTUDO E COLETA DE DADOS**

Exmo. Sr.

Secretária Municipal de Saúde de Alfenas

Sr<sup>a</sup>. Deyv Cabral de Assis

Solicitamos a autorização para realização da pesquisa intitulado “ALEITAMENTO MATERNO: FATORES QUE LEVAM AO DESMAME PRECOCE”, a ser desenvolvido pela Enf<sup>a</sup> Mestranda Juliana de Jesus Souza e Profa. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro.

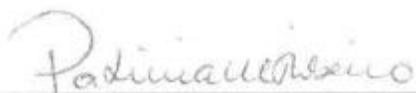
O estudo será realizado com mães que desmamaram seus filhos antes do sexto mês de vida, que realizaram o pré - natal cadastradas no Ambulatório Aparecida, com início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas, com duração prevista de 4 meses, de setembro de 2017 a dezembro de 2017. A coleta de dados será realizada por meio de Entrevista Semiestruturada e Nota de Campo. As mães somente irão participar da pesquisa quando concordarem em fazer parte do estudo, após as explicações sobre a origem e objetivo deste e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os riscos ao participante do estudo são mínimos. Caso seja manifesto qualquer desconforto pela participante, a critério desta, a coleta de dados poderá ser

interrompida. A participante estará livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa, sem necessidade de apresentar justificativas para tal.

Espera-se que esse estudo possa direcionar ações e implementar estratégias de cuidado e promoção do aleitamento materno individualizado, possibilitando assistir à mãe nas suas dificuldades com a amamentação para diminuir a chance do desmame precoce e favorecendo à criança com diminuição do risco de morbimortalidade.

Agradecemos a atenção dispensada a nossa solicitação.



Orientadora: Profa. Dra. Patricia Mônica Ribeiro  
PhD Escola de Enfermagem  
Universidade Federal de Alfenas-UNIFAL-MG

De acordo



Deyv Cabral de Assis  
Secretária de Saúde

Sr<sup>a</sup>. Deyv Cabral de Assis  
Secretária Municipal de Saúde de Alfenas

Data:...../...../.....



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG**

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000

Fone: (35) 3299-1000 e Fax: (35) 3299 1063



## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa – “ALEITAMENTO MATERNO: FATORES QUE LEVAM AO DESMAME PRECOCE”, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

**TÍTULO DA PESQUISA:** “ALEITAMENTO MATERNO: FATORES QUE LEVAM AO DESMAME PRECOCE”,

**PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:** Juliana de Jesus Souza

**ENDEREÇO:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Centro - Alfenas/MG

**TELEFONE:** (35) 3701-9000

**OBJETIVOS:** Descrever a vivência materna do desmame precoce; e compreender essa vivência por meio dos relatos orais das mães.

**JUSTIFICATIVA:** Devido à importância do aleitamento materno e o aumento da interrupção deste acredita-se que o conhecimento da vivência materna do desmame precoce trará contribuições para a assistência de enfermagem. Isso porque tornará possível direcionar ações e implementar estratégias de cuidado e promoção do aleitamento materno individualizado, possibilitando assistir à mãe nas suas dificuldades com a amamentação para diminuir a chance do desmame precoce e favorecendo à criança com diminuição do risco de morbimortalidade.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** O estudo será realizado com mães que desmamaram seus filhos antes do sexto mês de vida e que fizeram o pré-natal no Ambulatório de Saúde Aparecida de Alfenas/MG. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG. A coleta de dados será realizada por meio da Entrevista Semiestruturada que será gravada por Gravador de Voz Digital (Dvr 8 gb /Mp3) e Notas de Campo. Após a entrevista, os dados serão transcritos e destruídos ao final da pesquisa. As entrevistas serão realizadas no domicílio da colaboradora em data e horário estabelecido pela mesma.

**RISCOS E DESCONFORTOS:** Os riscos ao participante do estudo são mínimos. Caso seja manifesto qualquer desconforto pela participante, a critério desta, a coleta de dados poderá ser interrompida, e a participante será encaminhada para atendimento especializado, quando necessário. A participante estará livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa, sem necessidade de apresentar justificativas para tal.

**BENEFÍCIOS:** Espera-se que com os resultados desse estudo sejam realizadas reflexões e subsídios que poderão ser relevantes para profissionais de saúde envolvidos na assistência à saúde do binômio mãe-filho, para a comunidade científica e para a sociedade como um todo.

**CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE:** não haverá nenhum gasto com sua participação. As consultas, exames, tratamentos serão totalmente gratuitos, não recebendo nenhuma cobrança com o que será realizado. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação.

**CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** Garantia de sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, os dados não serão divulgados.

Assinatura do Pesquisador Responsável:

---

Enf<sup>ª</sup>. Juliana de Jesus Souza

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informada pela pesquisadora - Juliana de Jesus Souza - dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-

me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEPUNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP: 37130-000, Fone: (35) 37019153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**ANEXO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ALEITAMENTO MATERNO: FATORES QUE LEVAM AO DESMAME PRECOCE.

**Pesquisador:** Patrícia Mônica Ribeiro

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 71756217.1.0000.5142

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.196.281

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de Mestrado em Enfermagem da Unifal, com financiamento próprio, em que não foram identificados conflitos de interesses.

**Objetivo da Pesquisa:**

- a. claros e bem definidos;
- b. coerentes com a propositura geral do projeto;
- c. exequíveis, considerando tempo, recursos e método.

**Objetivo Primário:**

Descrever a vivência materna do desmame precoce.

**Objetivo Secundário:**

Compreender essa vivência por meio de seus relatos orais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

- a. os riscos de execução do projeto são bem avaliados, necessários e estão bem descritos no projeto;
- b. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos;
- c. o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva do risco.

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

**Bairro:** centro

**CEP:** 37.130-000

**UF:** MG

**Município:**

**ALFENAS**

**Telefone:** (35)3299-1318

**Fax:** (35)3299-1318

**E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



Continuação do Parecer: 2.196.281

Riscos e medidas: são apresentados como mínimos. "Caso seja manifesto qualquer desconforto pela participante, a critério desta, a coleta de dados poderá ser interrompida, e a participante será encaminhada para atendimento especializado, quando necessário. A participante estará livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa, sem necessidade de apresentar justificativas para tal."

Benefícios: reflexões e subsídios que poderão ser relevantes para profissionais de saúde envolvidos na assistência à saúde do binômio mãe-filho, para a comunidade científica e para a sociedade como um todo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- a. Metodologia da pesquisa – adequada aos objetivos do projeto, atualizada;
- b. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
- c. Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto.

Estudo qualitativo, com o método da História Oral. A Comunidade de destino será formada por mães que desmamaram seus filhos precocemente. A Colônia de Estudo será formada pelas mães que desmamaram seus filhos antes do sexto mês e que farão parte do estudo. Ao se escolher as pessoas que serão entrevistadas, muitas vezes, torna-se difícil estabelecer prioridades. E a Rede - uma subdivisão da Colônia - será formada por essas mães que desmamaram seus filhos precocemente, participarão do estudo, e serão apontadas pela Colônia. Essas mães serão chamadas de colaboradoras. Receberão essa denominação porque serão as depoentes ou as entrevistadas, as quais têm seu papel mudado, deixando de ser meras informantes, passando a atrizes, sujeitos, objetos de pesquisa. O cenário cultural deste estudo será o município de Alfenas, Sul de Minas Gerais. A cidade está localizada na Mesorregião do Sul e Sudoeste de Minas e na Microrregião homônima. O estudo será realizado com mães que desmamaram seus filhos antes do sexto mês de vida. Para coleta de dados serão utilizadas as técnicas de entrevista semiestruturada e notas de campo. Critérios de inclusão: ter idade igual ou acima de 18 anos, ter tido filhos há mais de seis meses, ter realizado pré-natal no Ambulatório de Saúde, independente do número de consultas realizadas, cujos filhos (as) foram desmamados antes dos seis meses de idade; e/ ou mães que ofereceram qualquer tipo de líquido ou alimento aos seus filhos (as) antes dos seis meses de idade. Serão excluídas as mães que realizaram o pré-natal antes de junho de 2016.

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

**Bairro:** centro

**CEP:** 37.130-000

**UF:** MG

**Município:**

**ALFENAS**

**Telefone:** (35)3299-1318

**Fax:** (35)3299-1318

**E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS**



Continuação do Parecer: 2.196.281

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado; b. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica;  
c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica;  
d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – não se aplica; e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado; f. Folha de rosto - presente e adequada;  
g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomendação de aprovação do projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado do CEP acata o parecer do relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_966953.pdf	25/07/2017 08:51:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	25/07/2017 08:49:08	Patricia Mônica Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	25/07/2017 08:45:00	Patricia Mônica Ribeiro	Aceito
Outros	ASP.pdf	25/07/2017 08:44:36	Patricia Mônica Ribeiro	Aceito
Outros	ASS.pdf	25/07/2017 08:44:15	Patricia Mônica Ribeiro	Aceito
Cronograma	CR.doc	25/07/2017 08:42:52	Patricia Mônica Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	25/07/2017 08:39:29	Patricia Mônica Ribeiro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

**Bairro:** centro

**CEP:** 37.130-000

**UF:** MG

**Município:**

**ALFENAS**

**Telefone:** (35)3299-1318

**Fax:** (35)3299-1318

**E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



Continuação do Parecer: 2.196.281

**Necessita Apreciação da CONEP:**  
Não.

ALFENAS, 01 de Agosto de 2017

*Marcela Filié Haddad*

---

**Assinado por:**  
**Marcela Filié Haddad**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

**Bairro:** centro

**CEP:** 37.130-000

**UF:** MG

**Município:**

**ALFENAS**

**Telefone:** (35)3299-1318

**Fax:** (35)3299-1318

**E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.b