



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

MARIA DE FÁTIMA FARIAS VALENTE

**A EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO
EM COMBATE AO DESMAME PRECOCE: UM ESTUDO REALIZADO COM AS
MÃES DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA UNIDADE DE PUERICULTURA DO CPN**

FORTALEZA - CEARÁ

2015

MARIA DE FÁTIMA FARIAS VALENTE

**A EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO
EM COMBATE AO DESMAME PRECOCE: UM ESTUDO REALIZADO COM AS
MÃES DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA UNIDADE DE PUERICULTURA DO CPN**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Ferreira Osterne.

FORTALEZA - CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação**Universidade Estadual do Ceará****Sistema de Bibliotecas**

Valente, Maria de Fátima Farias.

A efetividade das políticas de incentivo ao aleitamento materno em combate ao desmame precoce: um estudo realizado com as mães de crianças atendidas na unidade de puericultura do CPN [recurso eletrônico] / Maria de Fátima Farias Valente. - 2015.

1 CD-ROM: il.; ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 173 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, Fortaleza, 2015. Área de Concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientação: Prof.^a Dra. Maria do Socorro Ferreira Osterne.

1. Políticas de Incentivo ao Aleitamento Materno. 2. Aleitamento Materno. 3. Desmame Precoce. I. Título.

MARIA DE FÁTIMA FARIAS VALENTE

A EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO
MATERNO EM COMBATE AO DESMAME PRECOCE: UM ESTUDO REALIZADO
COM AS MÃES DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA UNIDADE DE PUERICULTURA
DO CPN

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

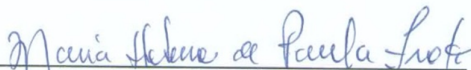
Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Aprovada em: 20/03/2015

BANCA EXAMINADORA



Profª. Drª. Maria do Socorro Ferreira Osterne
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dr. Maria Helena de Paula Frota
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Profª. Drª. Lia Machado Fiuza Fialho
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Profª. Drª. Rêgia Christina Moura Barbosa Castro
Universidade Federal do Ceará - UFC

]

Às mães das crianças atendidas no CPN, interlocutoras dessa pesquisa, que tornaram possível a construção desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha fortaleza em todos os momentos de minha vida, me guiando para enfrentar os obstáculos.

À minha família, a qual amo incondicionalmente, por terem acreditado em mim, estimulando-me sempre.

Ao meu esposo João Valente, pelo amor; pelo apoio; pelo carinho; pela paciência e por acreditar em mim.

Aos meus filhos, Grazielle, Bruno e Gabriel, os quais sabendo esperar pacientemente nos momentos de ausência.

Aos meus pais e irmãos, aos quais tenho muito orgulho. Sei que torcem bastante por mim.

À Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Ferreira Osterne, pela disponibilidade, por vir conduzindo a construção deste trabalho com muita paciência e sabedoria. Levarei seus ensinamentos para toda a minha vida.

Aos componentes da banca, Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Ferreira Osterne, Prof^a. Dr^a. Maria Helena de Paula Frota, Prof^a. Dr^a. Lia Machado Fiuza Fialho e Prof^a. Dr^a. Régia Christina Moura Barbosa Castro pelas observações, questionamentos e críticas.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação do MPPPP da Universidade Estadual do Ceará que contribuíram diretamente ou indiretamente, para a concretização desta pesquisa.

A todos que fazem a Secretaria do MPPPP, especialmente ao Cristiê, pela presteza com que me auxiliou sempre que precisei.

Aos profissionais do CPN, pela maravilhosa contribuição, necessária para a realização dessa pesquisa.

Às mães das crianças atendidas no CPN, por compartilharem comigo suas experiências, conhecimentos e seus sonhos.

Enfim, agradeço a todos que participaram e contribuíram direta ou indiretamente, para a realização desta pesquisa.

“É melhor tentar e falhar que preocupar-se e ver a vida passar;

É melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada até o final;

Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em casa me esconder;

Prefiro ser feliz, embora louco que em conformidade viver”.

(Martin Luther King)

RESUMO

Há um crescente avanço nas políticas de incentivo ao aleitamento materno. O leite materno supre todas as necessidades nutricionais para que o crescimento e desenvolvimento do bebê sejam mantidos dentro da normalidade para o período, sendo recomendado como alimento exclusivo e adequado nos seis primeiros meses de vida, principalmente como fator de proteção contra doenças infecciosas. O desmame precoce, ou seja, a introdução de outros alimentos antes dos seis meses é comprovadamente um risco para a morbimortalidade infantil. Este estudo tem como objetivo: conhecer as mães atendidas no serviço de puericultura do Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa (CPN); avaliar o conhecimento destas sobre a importância do aleitamento materno; identificar a prática alimentar das crianças atendidas no serviço de puericultura do CPN e conhecer o perfil sociodemográfico de mães assistidas neste serviço. Estudo descritivo de cunho etnográfico, tendo como base os preceitos da pesquisa qualitativa. Realizado de 15 de outubro a 15 de dezembro de 2014, no CPN, na cidade de Fortaleza-CE. A população foi constituída por 65 mães de crianças com consulta marcada no período da pesquisa e a amostra foi composta por 23 mães primíparas com filho de zero a seis meses de idade, assistidos no serviço de puericultura do CPN. Os dados foram coletados através de entrevista individual e visita domiciliar, sendo utilizado um formulário semiestruturado e através de um grupo de discussão onde foram lançadas perguntas ao grupo e discutidas neste. A maioria: considera-se parda; possui ensino fundamental incompleto; vive em união estável; mora em casa própria; não planejou e não desejou a gravidez; a criança não foi colocada para mamar ao nascer; demonstrou dificuldade para amamentar nas primeiras tentativas e possui conhecimento razoável sobre a importância do aleitamento materno. O índice de aleitamento materno exclusivo (AME) encontrado no primeiro mês foi em torno de sessenta e cinco por cento; no segundo de vinte e seis; no terceiro de vinte e um e no quarto foi de quatro por cento. Não foi encontrada criança com mais de quatro meses de vida em AME. As causas de desmame precoce encontradas foram: falta de apoio dos familiares e dos profissionais de saúde, necessidade de trabalhar ou estudar; dificuldade para a criança pegar o peito; dor, devido fissura ou ingurgitamento mamário; choro persistente da criança; leite pouco e o leite fraco; a

criança não quer o peito; falta de paciência ou persistência da mãe; falta de vontade da mãe; medo de ficar com peito caído e para uma mãe de gêmeos, o pediatra mandou dar complemento. Este trabalho converge para a constatação de que as mães têm um conhecimento razoável sobre a importância do aleitamento materno, mas a maioria não consegue utilizar esses conhecimentos na prática.

Palavras-chave: Políticas de Incentivo ao Aleitamento Materno. Aleitamento Materno. Desmame Precoce.

ABSTRACT

There is a growing advancement of breastfeeding promotion policies. Breast milk supplies all the nutritional requirements for growth and development of the baby remain within the normal range for the period, being recommended as unique and adequate food in the first six months of life, especially as a protective factor against infectious diseases. Early weaning, ie, the introduction of other foods before six months is confirmed risk for infant mortality. This study aims: to know the women seen in the pediatric service of the Center of Natural Childbirth Ligia Barros Costa (ANC); assess the knowledge of these on the importance of breastfeeding; identify the eating habits of children seen at the ANC childcare service and meet the sociodemographic profile of mothers assisted in this service. A descriptive study of ethnographic, based on the principles of qualitative research. Held from October 15 to December 15, 2014, the ANC, in Fortaleza-CE. The population consisted of 65 mothers of children with an appointment during the study period and the sample consisted of 23 mothers gilts with zero son to six months old, assisted in the ANC childcare service. Data were collected through individual interviews and home visits, and used a semi-structured form and through a group discussion where questions were posted to the group and discussed in this. Most: it is considered mixed; had not completed primary education; live in a stable relationship; live in their own home; not planned and did not want the pregnancy; the child was not placed to nurse at birth; demonstrated difficulty breastfeeding in the first attempts and has reasonable knowledge about the importance of breastfeeding. The exclusive breastfeeding rate (AME) found in the first month was around sixty-five percent; the second twenty six; in the third and twenty-one in the room was four percent. Not found child over four months of life in AME. The causes of early weaning were: lack of support from family and health professionals need to work or study; difficulty for the child get the chest; pain due cracking or breast engorgement; persistent crying of the child; little milk and the weak milk; the child does not want the chest; lack of patience or persistence of the mother; mother's lack of will; afraid to be with fallen chest and a mother of twins, the pediatrician sent to complement. This work converges to the finding that mothers have a reasonable knowledge of the importance of breastfeeding, but most fail to use that knowledge in practice.

Keywords: Incentive Policies Breastfeeding. Breastfeeding. Early weaning.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa	73
Figura 2 –	Foto de crianças atendidas no CPN	76
Figura 3 –	Mapa destacando o bairro Planalto Pici	123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AM	Aleitamento Materno
AMP	Aleitamento Materno Predominante
CPN	Centro de Parto Natural
CEDEFAM	Centro de Desenvolvimento Familiar
OMS	Organização Mundial de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MS	Ministério da Saúde
IDB	Indicadores e Dados Básicos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DMAP	Departamento Municipal de Assistência Pública
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
DPMI	Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância
MES	Ministério da Educação e Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
PSF	Programa de Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PCCU	Prevenção de Câncer de Colo Uterino
DNOCS	Departamento Nacional de Obras Contra as Secas
CAGECE	Companhia de Água e Esgoto do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UECE	Universidade Estadual do Ceará
LBA	Legião Brasileira de Assistência
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
CIAN	Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
SISAN	Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
AMS	Assembleia Mundial de Saúde
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
MOBRAL	Movimento de Alfabetização
IFF	Instituto Fernandes Figueira
BLH	Bancos de Leite Humano
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
HAC	Hospital Amigo da Criança
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ONUAA	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
ENAM	Evento Nacional de Aleitamento Materno
IGAB	<i>International Group on Action on Breastfeeding</i>
ONUAA	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	POLÍTICAS DE SAÚDE PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: ASPECTOS GERAIS.....	25
2.1	POLÍTICAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO.....	28
3	CONSIDERAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO.....	39
3.1	ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL E NO CEARÁ.	39
3.2	ALEITAMENTO MATERNO.....	43
3.3	COMPOSIÇÃO DO LEITE HUMANO	45
3.4	OS BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO	48
3.4.1	Benefícios do aleitamento para a mãe.....	48
3.4.2	Benefícios do leite materno para a criança.....	50
3.4.3	Benefícios do aleitamento materno para a família.....	52
3.4.4	Benefícios do aleitamento materno para a saúde pública.....	52
3.4.5	Benefícios do aleitamento materno para o planeta	53
4	CONSIDERAÇÕES SOBRE DESMAME PRECOCE.....	55
4.1	ALGUMAS CAUSAS DO DESMAME PRECOCE.....	57
4.2	O DESMAME PRECOCE E SUAS CONSEQUÊNCIAS.....	60
4.3	INFLUÊNCIA DA CULTURA DO USO DE MAMADEIRA E CHUPETA COMO PRÁTICA PREJUDICIAL À AMAMENTAÇÃO	62
5	O ENCONTRO COM OS DADOS DA REALIDADE EM ESTUDO	65
5.1	O CENÁRIO DA PESQUISA: AS PRIMEIRAS INTERVENÇÕES COM AS MÃES	65
5.2	AS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS NO ÂMBITO DO CPN.....	76
5.3	CONHECENDO UM POUCO DO BAIRRO PLANALTO PICI: O CONTEXTO SÓCIO CULTURAL DAS MÃES.....	114
5.4	GRUPO DE DISCUSSÃO INTERATIVO: A ARTE QUE DÁ VIDA	123
5.5	RESULTADOS.....	128
5.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	139
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	140
	REFERÊNCIAS.....	146
	APÊNDICES.....	160
	APÊNDICE A – FOLDER PRODUZIDO PELA PESQUISADORA E	

ENTREGUE PARA AS MÃES NO GRUPO DE DISCUSSÃO.....	161
APÊNDICE B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	164
APÊNDICE C –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ADOLESCENTES	168
ANEXO.....	171
ANEXO A – FOTO DO ANIVERSÁRIO DE UM ANO DE CRIANÇA COM AS LATAS DE LEITE QUE JÁ TOMOU.....	172

1 INTRODUÇÃO

Nesta dissertação, situamos a construção do objeto da pesquisa e apresentamos o percurso trilhado durante o processo de investigação, adotado de acordo com os preceitos da abordagem qualitativa.

A escolha do tema surgiu após a análise de algumas ligações telefônicas. De rotina, no Centro de Parto Natural (CPN), local onde a pesquisadora desenvolve suas atividades profissionais, são realizadas ligações telefônicas para remarcar as consultas das gestantes faltosas. Durante a conversa, quando a assistida fala que não veio para a consulta em virtude de já ter acontecido o parto, lhe são repassadas algumas orientações e são feitas algumas perguntas, exemplificadamente: quando pariu, que tipo de parto, em que maternidade, se já marcou a revisão de parto e o acompanhamento do bebê no serviço de puericultura, se o bebê está mamando e se está realizando o Aleitamento Materno Exclusivo (AME), entre outras. Estas informações são anotadas no prontuário de acompanhamento do pré-natal desta, finalizando então, o processo do acompanhamento dessa gestação e o prontuário será arquivado. Caso esta mulher engravide novamente e procure o CPN para fazer o acompanhamento do pré-natal, esse mesmo prontuário será desarquivado e ficará anexada a história da nova gestação.

A pesquisadora despertou o interesse pelo tema diante das respostas de algumas puérperas, ao serem confrontadas com as seguintes perguntas: A senhora está amamentando seu bebê? A senhora está dando para o seu bebê somente o leite materno? Algumas respondiam: *“tô, mas também tô dando um mingauzinho, mas só de noite, porque ...”*; *“... num pegou o peito não, foi o jeito eu dar outra coisa ...”*; *“tô dando de mamar, mas meu leite num sustenta ... chora demais”* ou *“tô dando só um mingau de dia e outro de noite”*.

Diante dessas respostas nos sentimos cada vez mais instigadas a buscar compreender o comportamento dessas mães, já que durante todo o acompanhamento do pré-natal é enfatizado para elas a importância do aleitamento materno exclusivo com todas as informações que o tema abrange. Estas são passadas para as gestantes tanto durante as consultas como no curso de gestante, que acontece semanalmente e todas as gestantes são convidadas a participar das

aulas teóricas e práticas, onde são abordados diversos temas pertinentes ao estado gestacional, aos cuidados com o bebê, a amamentação, entre outros. As mesmas são estimuladas a participar desse curso, além de ser pré-requisito para que a mesma seja acompanhada no CPN, assim como pequenos sorteios de fraldas e roupinhas de bebê são feitos como atrativos para que não faltem. As mesmas ao final do curso, que acontece de março a julho e de agosto a novembro, recebem certificado fornecido pela Universidade Federal do Ceará (UFC), caso tenham pelo menos cinquenta por cento de participação.

Além das informações que são passadas verbalmente, são distribuídos para as mães folders sobre a importância do aleitamento materno exclusivo. Também são afixados nas paredes do CPN cartazes distribuídos pelo Ministério da Saúde, contendo abordagens sobre esse tema.

Se não fosse feito todo esse trabalho com as mães atendidas no CPN do Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), tais respostas seriam aceitáveis, entretanto, devido à realização do referido trabalho de promoção à saúde com as mesmas, tendo como objetivo incentivá-las a realizar o AME, torna-se difícil compreender tal comportamento.

Foi nesse percurso que nos sentimos cada vez mais estimuladas a buscar compreender o comportamento dessas mães diante de tal situação. Agora, não mais com ensinamentos teóricos, mas na sua vida prática, na situação real, dentro do seu lar, junto da família. Não mais com um boneco apropriado para o treinamento da amamentação, mas com um bebê de verdade, que chora e, entre outras coisas precisa de amor, de leite materno, de atenção e de muitos cuidados.

Tomando o aleitamento materno, as políticas de incentivo ao aleitamento materno e o desmame precoce como eixo de análises das experiências que essas mães estão vivenciando, juntamente com seu bebê nesse processo de ser mãe pela primeira vez, de poder amamentar, de ter nas mãos uma vida, um ser tão frágil, dependendo inteiramente de seus cuidados. Algumas questões norteiam esta pesquisa, tais como: Quem são as mães atendidas no serviço de puericultura do Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa (CPN)? Que conhecimentos têm essas mães em relação ao aleitamento materno? Como é a prática alimentar das crianças atendidas no serviço de puericultura do CPN?

Buscando encontrar respostas para essas perguntas, trilhamos o percurso investigativo, nesse caminho metodológico, procurando compreender o universo dessas mães, considerando sua cultura, suas especificidades e seus modos de ser. Neste sentido, o objeto deste estudo é o aleitamento materno, vivenciado na prática pelas mães primíparas com filhos de zero a seis meses de idade assistidos no CPN.

Este trabalho tem como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico das mães de crianças atendidas no serviço de puericultura do Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa (CPN); avaliar o conhecimento dessas mães sobre aleitamento materno e identificar a prática alimentar das crianças atendidas no serviço de puericultura do CPN.

Para alcançar os objetivos acima citados, buscamos nos aproximar do universo dessas mães à medida que se estabelecia com elas uma relação de respeito e confiança, relação esta que só se tornou possível pela utilização dos preceitos da pesquisa qualitativa.

Os suportes teóricos que sustentam as relações e reflexões propostas nessa pesquisa se ancoram nos autores: Queluz *et al.*, (2012); Giugliani (2004); Venâncio *et al.*, (2002); Percegoni *et al.*, (2002); Pereira (2004); Ministério da Saúde (2010), entre outros. Para a compreensão da categoria políticas de incentivo ao aleitamento materno, os principais autores foram: Souza; Almeida (2005); Venâncio (2003); Rea (2003); Araujo *et al.*, (2003b) e Ministério da Saúde (2010), entre outros. A categoria aleitamento materno foi analisada a partir das contribuições de: About Trigr (2008); Ministério da Saúde (2010); Cury (2004); Giugliani (2004); Bercini *et al.*, (2007); Nogueira (2009) e Mercer (2009), entre outros. Para discutir as questões relacionadas ao desmame precoce apoiamos-nos em Giugliani *et al.*, (2012); Cabral; Campestrini (2010); Ministério da Saúde (2010); Parizotto; Zorzi (2008); Lang *et al.*, (2013); Martins *et al.*, (2011); Ramos (2011), entres outros. Utilizamos como aporte, artigos, dissertações e teses, publicadas com enfoque nas temáticas tratadas na pesquisa, dando ênfase ao aleitamento materno.

No ano de 1999, através da Lei 8080 de 1990 foi definido as atribuições do SUS no âmbito da Alimentação e Nutrição, sendo publicada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e referendada em 2003 para tratar da orientação

alimentar e nutricional e da vigilância sanitária de alimentos, tendo como propósito: a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país; a promoção de práticas alimentares saudáveis; a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 5).

Dez anos após a publicação da PNAN, teve início o processo de atualização e aprimoramento das suas bases e diretrizes, de forma a se manter como um marco importante para os novos desafios a serem enfrentados no campo da Alimentação e Nutrição na Saúde Pública do Brasil. No ano de 2009, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) e em parceria com a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), divulgou a intenção de realizar um processo de avaliação da PNAN com a participação dos estados, municípios e sociedade civil; tendo como subsídio as orientações da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, por meio da publicação “Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva - formulação de políticas específicas de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 6).

O Brasil tem realizado grandes avanços no campo da segurança alimentar e nutricional. Com o avanço da PNAN e com o avanço das políticas de saúde no Brasil, o Ministério da Saúde em 1991 formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), para contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Surgindo no Brasil o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A estratégia do PSF foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do PACS e em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família. Através das Portarias nº 648-MS/GM de 28/03/2006 e Portaria nº 2.488-MS/GM de 21/10/2011, foi consolidado a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial da Atenção Básica, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população (ROSA; LABATE, 2005).

O modelo da ESF busca favorecer a aproximação entre a unidade de saúde e as famílias, promover o acesso aos serviços e possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, entre outros (SILVA, 2011). Esta estratégia é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, dirigidas às populações com territórios delimitados para cada equipe (BRASIL, 2004).

Em 1979, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), organizaram uma reunião internacional para tratar da alimentação de lactente e crianças de primeira infância, visto que a mortalidade infantil chegara a números bem elevados, tendo em vista que por volta de 1970, a taxa estava próxima de 100 por 1000 nascidos vivos (IBGE, 2005, p. 30), sendo implementada políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno, como respostas a diversos estudos envolvendo a relação entre mortalidade infantil e amamentação (VENÂNCIO, 2003). Esse período foi marcado pela grande utilização de alimentação artificial e consequente desmame precoce, estimulado pelo marketing da indústria de leite em pó. Foi a partir dessa década que começou a prosperar as reflexões sobre a importância de apoiar a mãe, para que esta venha a obter sucesso com a amamentação (SOUZA; ALMEIDA, 2005, p. 23).

Com o avanço dessas reflexões, em 1980, o INAN busca a ajuda da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da UNICEF, para elaborar um audiovisual sobre amamentação com a finalidade de sensibilizar políticos, autoridades de saúde, meios de comunicação de massa, líderes comunitários e de igrejas, entre outros. Sendo realizada a primeira campanha de promoção ao incentivo do aleitamento materno na mídia com mobilização social, tendo cobertura por quase cem canais de televisão, com alcance de 15,5 milhões de famílias e seiscentas estações de rádio, com abrangência de vinte milhões de famílias. Por outro lado, durante 45 dias veicularam folhetos de loteria esportiva, contas de água, telefone e energia, e extratos bancários com o tema da campanha "*Dê o Seio ao Seu Filho Pelo Menos Durante os Seis Primeiros Meses*", totalizando cerca de dez milhões de contatos desse tipo (SOUZA; ALMEIDA, 2005).

Em 1982 o UNICEF apoiou a realização de duas pesquisas: uma quantitativa, dando ao programa dados básicos de como estava a situação do aleitamento no Brasil, e uma qualitativa, que permitiu conhecer de forma mais aprofundada que mensagens contra o desmame precoce poderiam ser mais apropriadas. Ocorreu entre 1982-1983 a segunda campanha, pelos meios de comunicação de massa. Era preciso trabalhar sobre a sustentação da amamentação. Não dizer "*Amamente!*", mas sim: "*Amamentação: continue; toda a mulher pode*". Essa campanha foi veiculada nos intervalos comerciais pelas empresas de televisão Globo, Bandeirantes e TVS. Houve *merchandising* na novela Louco Amor e na Revista Manchete. A audiência estimada, alcançada considerando a população com televisão e o tempo de exposição, foi de 500 milhões de espectadores em São Paulo e 169 milhões em Recife (CBBA, 1980), sem contar nas demais cidades (JELLIFFE; JELLIFFE, 1983).

O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) tem a finalidade de testar mecanismos de intervenção ao problema do desmame precoce, mediante estratégias, tais como: campanhas de comunicação de massa; mudanças nas práticas hospitalares; treinamento e supervisão das equipes de saúde (LIMA; OSORIO, 2003; SOUZA; ALMEIDA, 2005).

As estratégias para promover o aleitamento materno, receberam destaque internacional pela sua diversidade de ações, incluindo campanhas na mídia, treinamento de profissionais de saúde, aconselhamento em amamentação individualizado, produção de material educativo, estabelecimento de grupos de apoio à amamentação na comunidade, aprovação de leis que protegem a amamentação e o controle do marketing de leites artificiais. Desde então, diversas intervenções visando à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno vêm sendo implementadas e muitas delas também normatizadas nas três esferas de gestão do SUS: Federal, Estadual e Municipal (ALENCAR, 2008)

No Brasil, esses avanços aconteceram devido as diversas estratégias que foram adotadas, dentre elas: a implantação da iniciativa hospital amigo da criança em 1992; o projeto carteiro amigo que teve início no Ceará e em seguida em nove estados nordestinos, que desde 2001 vem sendo implantado em quase todos os estados do país; a criação de bancos de leite humano em diversas cidades

brasileiras com vigilância, sendo a coleta de leite domiciliar feita em parceria com o Corpo de Bombeiros (Projeto Bombeiro Amigo), dentre outras. Foram realizados diversos cursos de aconselhamento em amamentação e capacitação de equipes por todas as regiões inclusive no estado do Ceará. Em um momento inicial, observou-se resistência na implantação dessas estratégias, decorrentes das mudanças de rotinas que os serviços necessitaram realizar. No entanto, verifica-se um avanço dos indicadores de aleitamento exclusivo no país como também no nosso estado (REA, 2003). Visto que na década de 70, no estado do Ceará a mortalidade infantil alcançou em alguns municípios uma taxa de 75 mortes por mil nascidos vivos (BOLETIM NACIONAL DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA, 2000; SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, 2006).

Nos últimos 30 anos, com a crescente conscientização em relação às políticas de aleitamento materno no Brasil, tem se observado que houve uma queda considerável da mortalidade infantil, especialmente a redução das mortes por desnutrição, doenças diarreicas e respiratórias, cuja relação está intrinsecamente ligada ao aleitamento materno, tema que vem sendo estudado em todo o mundo.

O aleitamento materno desempenha um papel importante no desenvolvimento da criança, sendo o alimento adequado nos primeiros meses de vida, principalmente como fator de proteção contra doenças infecciosas. Reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes. Além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas, importantes para a redução da mortalidade infantil, supre todas as necessidades nutricionais para que o crescimento do bebê seja mantido dentro da normalidade para o período. Além do valor nutritivo e imunológico também é significativo no plano psicológico, por favorecer o vínculo afetivo mãe-filho (MARQUES *et al.*, 2010).

A Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância têm empreendido grandes esforços no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo (AME), de modo que as mães consigam amamentar, mantendo o AME até os seis meses de vida e continue amamentando com complemento até pelo menos os dois anos de idade da criança. Sendo importante garantir o aleitamento materno exclusivo desde a primeira hora de vida

extrauterina, visto que o contato pele a pele desencadeia uma série de eventos hormonais importantes para a relação mãe/bebê (BRASIL, 2009).

A comparação entre as pesquisas de prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal, uma de 1999 e outra de 2008, mostrou a ampliação da prevalência de aleitamento materno exclusivo entre 0-6 meses em 1970-2009 de 35,5% para 41,0%. A tendência crescente dessa prática pode ser explicada, pelo menos em parte, pela implementação de várias políticas públicas pautadas no Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno que vem em desenvolvimento desde 1981, diminuindo os índices de desmame precoce (VENÂNCIO *et al.*, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde o desmame precoce é caracterizado pela interrupção do aleitamento materno ou pela introdução de qualquer tipo de alimento ou bebida, incluindo água, chás ou sucos na alimentação da criança, antes que esta complete seis meses de vida. Dessa forma, o desmame precoce é um problema de saúde que tem uma implicação não só biológica, mas social, já que tem repercussões na qualidade e expectativa de vida dos recém-nascidos, pois o desmame precoce está relacionado, entre outras causas, à mortalidade infantil (BRASIL, 2004).

Para Guimarães *et al.*, (2013) as principais causas de desmame precoce são: a cultura local; trabalho fora de casa; falta de orientação, suporte e incentivo dos profissionais de saúde; nível socioeconômico, escolaridade; dor; patologias; primíparas; uso de chupetas; comportamento da criança; baixo peso e prematuridade; doenças e tipo de parto.

O desmame precoce pode tornar a criança mais vulnerável a diarreias, infecções respiratórias e gastrintestinais e a desnutrição, levando ao comprometimento do crescimento e desenvolvimento adequados. Além disso, está associado à sobrecarga do sistema imune, imaturidade dos rins e do intestino e aumenta a morbimortalidade infantil como consequência de uma menor ingestão dos fatores de proteção do leite materno (PARIZOTTO; ZORZI, 2008).

Segundo Cattoni *et al.*, (2003) o desmame precoce traz várias consequências para a criança. Pode levar à ruptura do desenvolvimento motor-oral

adequado, provocando alterações na postura e força, prejudicando as funções de mastigação, deglutição, possibilitando a instalação de má oclusão, respiração oral e articulação dos sons da fala. O aleitamento artificial interfere na realização das funções de mastigação, sucção e deglutição podendo levar à presença de alterações na musculatura orofacial, na postura de repouso dos lábios e da língua, alterações na formação da arcada dentária e alterações no palato.

Também o uso de mamadeira, bico ou chupeta prejudica a amamentação, podendo diminuir a produção do leite, cuja consequência pode ser o desmame precoce, além do que, o uso prolongado prejudica a dentição e a fala da criança (BRASIL, 2001; LAMOUNIER, 2003).

Fizeram parte desse estudo vinte e três mães, estas foram entrevistadas no âmbito do CPN, destas apenas seis foram visitadas em seu domicílio e foi formado um grupo de discussão com apenas um encontro. No mesmo compareceram dez mães, que foram contempladas com dinâmica, exibição de audiovisual para a promoção do aleitamento materno, através de educação em saúde e estas receberam folder explicativo desse tema. O período da pesquisa foi de quinze de outubro a quinze de dezembro e foram incluídas no estudo apenas as mães primíparas, com filho de zero a seis meses de idade e que estavam com consulta marcada nesse período.

Esta dissertação está dividida em seis capítulos, visando o processo vivido e as descobertas e conhecimentos construídos durante a pesquisa. Para resguardar a identidade das mães não utilizamos o seu nome real, apenas sua idade. Seu nome e o da sua criança foram substituídos e escolhidos pelas mesmas.

O primeiro capítulo é a introdução, nesta apresentamos um resumo desta pesquisa. No segundo abordamos aspectos gerais das políticas de saúde para uma alimentação saudável e das políticas de incentivo ao aleitamento materno.

No terceiro capítulo, tecemos considerações sobre aleitamento materno, mostrando os avanços deste no Brasil e no Ceará, as cinco categorias do mesmo, a composição do leite humano e os benefícios do aleitamento materno para a: mãe, criança, família, saúde pública e planeta.

No quarto capítulo, expomos considerações sobre o desmame precoce,

algumas causas e consequências. Assim como a influência da cultura do uso da mamadeira e chupeta como prática prejudicial à amamentação.

No quinto capítulo, exibimos o encontro com os dados da realidade em estudo, detalhando as etapas empreendidas na realização deste trabalho e a forma como a relação com as mães foi sendo construída. Descrevemos as posturas assumidas na relação com o campo de investigação; apresentamos o cenário da pesquisa; as primeiras intervenções com as mães; as entrevistas individuais no âmbito do CPN; o bairro Planalto Pici; o contexto sócio cultural das mães; o grupo de discussão interativo: a arte que dá vida; o processo da exposição dos resultados obtidos e os procedimentos adotados para a construção e análise dos dados.

E finalmente, no último capítulo traremos as considerações finais, onde tecemos comentários sobre o aleitamento materno, desmame precoce e apresentamos sugestões com a finalidade de promover e incentivar o aleitamento materno exclusivo.

2 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: ASPECTOS GERAIS

Em 1999, através da Lei 8080 de 1990, definiu as atribuições do SUS no âmbito da Alimentação e Nutrição e publicou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), sendo referendada em 2003 para tratar da vigilância, orientação alimentar e nutricional e da vigilância sanitária de alimentos, tendo como propósito a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país; a promoção de práticas alimentares saudáveis; a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos. Para tanto, elencou sete diretrizes essenciais, que são: estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto; monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 5).

Dez anos após a publicação da PNAN, teve início o processo de atualização e aprimoramento das suas bases e diretrizes, de forma a se manter como um marco importante para os novos desafios a serem enfrentados no campo da Alimentação e Nutrição na Saúde Pública do Brasil. Esse processo de atualização e aprimoramento contou com a realização da pesquisa “PNAN 3 TEMPOS”. Uma análise do processo de implantação da PNAN, em 2008, que apontou a Política como um marco da Nutrição no Brasil, consistindo numa referência regulatória, política, técnica e ética, assim como base da implementação de programas, produção de materiais e formação de recursos humanos. No contexto intersetorial, a pesquisa destacou que a PNAN dialoga com Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), como a expressão de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) no setor saúde, porém ainda com desafios inerentes à inserção do tema na agenda no SUS, descentralização, processos de gestão e financiamento das ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 5).

No ano de 2009, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) e em parceria com a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), divulgou a intenção de realizar um processo de avaliação da PNAN com a participação dos estados, municípios e sociedade civil; tendo como subsídio as orientações da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, por meio da publicação “Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva - formulação de políticas específicas de saúde.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 6).

O Brasil tem realizado grandes avanços no campo da segurança alimentar e nutricional. Através da Lei nº 11.346/2006, a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), criou o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e estabeleceu as bases para a construção da Política e do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2012).

Por outro lado, com o avanço da PNAN e com o avanço das políticas de saúde, que vem desenvolvendo-se no Brasil, o Ministério da Saúde em 1991 formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), para contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. Surgindo no Brasil o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A estratégia do PSF foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do PACS e em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários com enfoque a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (ROSA; LABATE, 2005).

E através das Portarias nº 648-MS/GM de 28/03/2006 e Portaria nº 2.488-MS/GM de 21/10/2011, foi consolidado a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial da Atenção Básica, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações

de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população.

O modelo da ESF busca favorecer a aproximação entre a unidade de saúde e as famílias; promover o acesso aos serviços; possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários; a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da corresponsabilização da atenção, a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local. Tem como diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, a coordenação e longitudinalidade do cuidado das famílias e das pessoas sob sua responsabilidade. A organização do trabalho das equipes deve estar centrada nas necessidades dos usuários e na busca contínua de melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população (SILVA, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, a expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela Estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas superando a antiga teoria de caráter exclusivamente centrado na doença. Esta estratégia é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, dirigidas às populações com territórios delimitados para cada equipe (BRASIL, 2004).

As políticas de saúde encontram-se em desenvolvimento. Em 30 de dezembro de 2010, através da portaria nº 4.279, foram estabelecidas diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. Esta é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Tem como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada,

bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. Caracteriza-se: pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, com o centro de comunicação na Assembleia Mundial de Saúde (AMS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população; pela responsabilização na atenção contínua e integral; pelo cuidado multiprofissional; pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Visto que o cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidade de saúde da população entre as regiões (BRASIL, 2011).

Observamos que, essa nova formulação política chamada de SUS, foi idealizada de uma forma belíssima, sem defeitos, porém na prática, não funciona como deveria, assim como também a Estratégia Saúde da Família. Contudo, esperamos melhoras, visto que, estas se encontram em desenvolvimento e passível de aprimoramento.

2.1 POLÍTICAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

Com a percepção de que a mortalidade infantil chegara a números bem elevados, tendo em vista que por volta de 1970, a taxa estava próxima de 100 por 1000 nascidos vivos (IBGE, 2005, p. 30), foi implementada políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno, como respostas a diversos estudos envolvendo a relação entre mortalidade infantil e amamentação (VENÂNCIO, 2003).

Preocupados com a mortalidade infantil e relacionando-a ao desmame precoce e suas graves consequências para a saúde e o estado nutricional das crianças, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), organizaram uma reunião internacional, em 1979, para tratar da alimentação de lactente e crianças de primeira infância (VENÂNCIO, 2003).

Foram realizados diversos estudos sobre amamentação, não só no Brasil, mas em diversos outros países. Esses estudos trouxeram contribuições relevantes para se entender os benefícios do aleitamento materno, principalmente do aleitamento materno exclusivo, tanto para a criança quanto para a mulher. Os dados

encontrados nesses estudos produziram evidências científicas que levaram a reformulações das políticas nacionais e internacionais, as quais, em suas novas diretrizes, passaram a recomendar a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida da criança (SOUZA; ALMEIDA, 2005).

No Brasil foi a partir da década de 70 que começou a prosperar as reflexões sobre a importância de apoiar a mãe, para que esta venha a obter sucesso com a amamentação, ocorreu em virtude das altas taxas de mortalidade infantil e desnutrição, que representavam um dos sérios agravos à saúde pública no final da década acima citada. A mortalidade infantil era de 88% no país e de 124% no Nordeste. A desnutrição crônica vitimava 48% da população brasileira. O desmame no primeiro mês de vida atingia 54% dos lactentes na cidade de São Paulo e 80% em Recife (SOUZA; ALMEIDA, 2005, p. 23).

Esse período foi marcado pela grande utilização de alimentação artificial e consequente desmame precoce, estimulado pelo marketing da indústria de leite em pó. Devido isso, surgiu a necessidade de refletir melhor sobre a importância de apoiar a mãe para obter o aleitamento bem sucedido. Ocorrendo uma Reunião Conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena (1979), organizada pela OMS, em Genebra. Entre outras, uma decisão deste evento foi que se deveria elaborar um código de conduta ética quanto à propaganda de produtos que interferiam na amamentação. O Brasil compareceu a esta reunião representado pela presidência do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), que colaborou na elaboração do *Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno*, fato importante, que levou nosso país a decidir por um programa pró-amamentação (REA, 2003).

Com o avanço dessas reflexões, em 1980, o INAN busca a ajuda da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da UNICEF, para elaborar um audiovisual sobre amamentação com a finalidade de sensibilizar políticos, autoridades de saúde, meios de comunicação de massa, líderes comunitários e de igreja, entre outros. Este audiovisual apoiava-se em pediatras famosos e apelava para a necessidade de acumular divisas no país em um momento de crise, dando relevância aos aspectos do valor econômico do leite materno, comparando-o aos gastos com leites artificiais. Após percorrer o país com esse material, técnicos do

UNICEF e do INAN apresentaram-no aos ministros da saúde e previdência social, sendo decidido o lançamento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que foi implantado em 1981 sob a coordenação do INAN e com o apoio de vários segmentos da sociedade civil organizada, por meio da ação integrada com diversos órgãos e instituições, tais como: Ministérios da Saúde (MS), Previdência e Assistência Social, Educação e Cultura, Interior e do Trabalho, Sociedades Brasileiras de Nutrição e Pediatria, UNICEF, OMS e Organização Pan-americana de Saúde. Também nesse mesmo ano foi elaborado o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, pela Assembleia Mundial de Saúde (AMS), visando normatizar a comercialização dos substitutos de leite materno, fórmulas, leites, alimentos complementares, mamadeiras e bicos (SOUZA; ALMEIDA, 2005).

A primeira campanha de promoção ao incentivo do aleitamento materno na mídia teve mobilização social iniciada com o audiovisual acima mencionado. Segue-se a cobertura por quase cem canais de televisão, com alcance de 15,5 milhões de famílias e seiscentas estações de rádio, com abrangência de vinte milhões de famílias, além de quatro propagandas na imprensa escrita visando a atingir líderes formadores de opinião. Por outro lado, durante 45 dias veicularam folhetos de loteria esportiva, contas de água, telefone e energia, e extratos bancários com o tema da campanha "*Dê o Seio ao Seu Filho Pelo Menos Durante os Seis Primeiros Meses*", totalizando cerca de dez milhões de contatos desse tipo. Também, dezessete textos musicados para rádio foram gravados em pequenos discos e distribuídos para nove mil locutores, difícil de calcular o alcance e continuidade do uso deste meio. A estratégia de criar em cada estado uma coordenação estadual de entidades envolvidas no programa foi alcançada ao final de 1981, e muitos organismos tiveram papel destacado nessa atividade, tais como: a Igreja Católica, com a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); o Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL); a Legião Brasileira de Assistência (LBA), com centenas de grupos de mães; as associações de classe, como a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e a Sociedade Brasileira de Pediatria, com reuniões científicas, publicações e mais de 70 mil impressos entregue para mães (REA, 2003).

Em 1982 o UNICEF apoiou a realização de duas pesquisas: uma quantitativa, dando ao programa dados básicos de como estava a situação do aleitamento no Brasil, e uma qualitativa, que permitiu conhecer de forma mais aprofundada que mensagens contra o desmame precoce poderiam ser mais apropriadas. Nesse período foi lançada a Portaria sobre Alojamento Conjunto, determinando que as maternidades com leitos pagos pela previdência social deveriam oferecer leitos no mesmo quarto às parturientes e seus recém-nascidos. Em geral, as maternidades adotavam até aquele período regras rígidas de separação mãe e filho no pós-parto, uso de soro glicosado como rotina de alimento pré-lácteo, horários fixos de mamadas, complementação com mamadeira e outras medidas inadequadas de manejo clínico da lactação (BERQUÓ *et al.*, 1984).

O programa brasileiro pró-amamentação implementado em 1981 tinha como aspectos mais importantes: ter uma coordenação nacional, utilizar a mobilização social de todos os possíveis atores no tema e contar com campanhas bem elaboradas na mídia. Com isso, o que se documenta em 1986, cinco anos após a primeira avaliação, é que a duração mediana da amamentação aumentou em São Paulo, indo de 2,9 para 4,2 meses e em Recife, de 2,2 para 3,5 meses. Nessa área, o aleitamento predominante, que era de 15 dias apenas, passou a 32 dias de duração mediana (REA, 1990).

No período entre 1982-1983 ocorreu a segunda campanha, pelos meios de comunicação de massa, foi feito inicialmente um planejamento estratégico, já que tinham em mãos os resultados das pesquisas quantitativa e qualitativa e experiência da anterior. Sabendo-se que cerca de 90% de mulheres no Brasil iniciavam a amamentação, a mensagem não poderia ser como em países onde menos de 70% de mães iniciam a amamentação, como nos Estados Unidos, por exemplo. Era preciso trabalhar sobre a sustentação da amamentação. Não dizer "*Amamente!*", mas sim: "*Amamentação: continue; toda a mulher pode*". Foram contratados artistas e personalidades famosas, e cada um deles passava mensagens relacionadas aos temas acima descritos, em cinco comerciais pela TV. Essa campanha foi veiculada nos intervalos comerciais pelas empresas de televisão Globo, Bandeirantes e TVS. Houve *merchandising* na novela Louco Amor e na Revista Manchete. A audiência estimada, alcançada considerando a população com televisão e o tempo de exposição, foi de 500 milhões de espectadores em São Paulo e 169 milhões em

Recife (CBBA, 1980), sem contar nas demais cidades. Como parte do planejamento da campanha, foi distribuído um kit sobre amamentação a jornalistas. Com isso, entre 13 de fevereiro de 1983 e 27 de março deste mesmo ano, 78 artigos sobre o tema, em diversas revistas para leigos foram encontrados em 25 cidades brasileiras (JELLIFFE; JELLIFFE, 1983).

Em 1984 o Ministério da Saúde lançou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, incorporando os preceitos da OMS e da UNICEF, definindo cinco ações básicas: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; imunizações; controle de doenças diarreicas e terapia de reidratação oral; controle de doenças respiratórias agudas e aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame (SOUZA; ALMEIDA, 2005).

No ano de 1985, o INAN realizou em Porto Alegre, um Evento Nacional de Aleitamento Materno (ENAM) e o Instituto Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, inicia a implantação de Bancos de Leite Humano (BLH) e em 1988 foram consolidadas quatro políticas pró-amamentação no país: aprovação do código, denominado Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), após meses de negociações com a indústria de alimentos; foi estabelecido normas sobre funcionamento dos BLH e na nova Constituição Brasileira foi incluído pelo menos dois benefícios em prol da amamentação: o direito da trabalhadora a quatro meses de licença maternidade e o direito ao pai a cinco dias de licença paternidade (REA, 2003).

Apropriando-se da informação de que o aleitamento materno exclusivo no início da vida é fundamental, autoridades da OMS, do UNICEF e técnicos passam a se reunir no sentido de elaborar uma estratégia que levasse em conta os diversos determinantes que interferiam nessa prática, criando-se o IGAB (*International Group on Action on Breastfeeding*) no final da década de 80. Este aprofunda como trabalhar aqueles determinantes: serviços de saúde e hospitais; grupos de mães e comunidade; treinamento (destacando-se os cursos de especialização em lactação humana do *Wellstart International*, de San Diego, Estados Unidos); comunicação, educação, código e mulher trabalhadora. Esse processo se encerra com a *Declaração de Innocenti em 1990* (REA, 2003).

Com a finalidade de reduzir o desmame precoce, baseados nas

modificações de rotinas hospitalares inadequadas à prática da amamentação, é que aconteceu a Reunião de Cúpula em Favor da Infância, em Nova York, no ano de 1990. Contaram com representantes de 150 países, entre eles o Brasil, e várias organizações, entre as quais se encontravam a OMS e UNICEF. Foram signatários da Declaração Mundial sobre Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança. Esses representantes firmaram a *Declaração de Innocenti*, documento produzido e adotado por representantes de organizações governamentais e não governamentais e defensores da amamentação de vários países. Nesta declaração contém uma série de recomendações e metas operacionais, que veiculam os estados membros a: reforçar a cultura da amamentação; aumentar a confiança das mulheres na sua capacidade de amamentar; eliminar os obstáculos à amamentação no sistema de saúde, no local de trabalho e na própria comunidade. A mesma é diferente de qualquer outro documento internacional produzido antes pelas autoridades de saúde, ela foi o resultado de um longo e participativo processo de análise, e traz metas definidas e objetivos claros a serem alcançados pelos países na promoção da amamentação, que são: fortalecer a mulher na sua decisão de amamentar exclusivamente até os quatro ou seis meses de vida e continuar amamentando, com alimentos complementares, até o segundo ano de vida ou mais. E resume quatro ações fundamentais para que isso ocorra: ter uma coordenação e um comitê pró-amamentação; assegurar que as maternidades cumpram os dez passos para o sucesso do aleitamento materno; implementar todo o código e resoluções subsequentes relevantes da Assembleia Mundial de Saúde e buscar formas imaginativas de proteger a mulher trabalhadora lactante, respeitando seus benefícios (SOUZA; ALMEIDA, 2005).

Na *Declaração de Innocenti* encontram-se os “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, que devem ser observados para a obtenção do título Hospital Amigos da Criança. São eles:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde;
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
3. Informar às gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento;
4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto;

5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vier a ser separadas de seus filhos;
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico;
7. Praticar o Alojamento Conjunto, permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda;
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;
10. Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após alta do hospital ou ambulatório (ARAÚJO et al., 2003b).

No ano de 1991 foi lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com dois objetivos: mudar as rotinas hospitalares seguindo o cumprimento dos "Dez Passos Para o Sucesso da Amamentação" e não aceitar doações de substitutos do leite materno. Esta iniciativa cria pela primeira vez um referencial de avaliação internacional único para os hospitais. E em maio de 1992 foi criada em Portugal a Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês. Em todo o mundo foram atribuídos mais de 15.000 certificados, num total de 134 países. Estes certificados foram concedidos aos hospitais que cumprem de forma consistente e sustentada os dez passos considerados indispensáveis para apoiar o aleitamento materno. Após ser avaliado o processo de certificação é assegurado por especialistas credenciados pela OMS e UNICEF, usando critérios globais que podem ser aplicados aos cuidados de maternidade em todos os países (ARAÚJO *et al.*, 2003b). Entre as diversas atividades realizadas incluem-se a divulgação dos "Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" nos estabelecimentos de saúde e nas maternidades, assim como a realização de vários cursos de formação em aleitamento materno em hospitais e maternidades (TERUYA; COUTINHO, 2002).

No Brasil, a IHAC foi implantada em 1992 como ação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e do Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e OPAS. Até 1996 o crescimento de hospitais credenciados foi acelerado. Entre 1992 e julho de 2010 foram credenciados 353 hospitais na IHAC. No mesmo período, 18 hospitais foram descredenciados. Em 2010, o Brasil conta com 335 Assembleia Mundial de Saúde (AMS). A intensificação

dos cursos de sensibilização de gestores que ocorreu entre 1999 e 2002 foi um fator importante no aumento dos hospitais que aderiram à Iniciativa. Nos anos de 1994, 2001 e 2004 o Ministério da Saúde agregou alguns critérios como pré-requisitos para o credenciamento dos hospitais, acredita-se que estes tenham freado a expansão da IHAC. Um desses critérios exigidos era o cumprimento dos dez passos e o hospital ter uma taxa baixa de cesariana, igual ou inferior à estabelecida pelas Secretarias Estaduais de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 4).

Em 1994 na 47ª Assembleia Mundial da Saúde, foi resolvido dar fim ao abastecimento gratuito e subsidiados de leite em todo sistema de saúde (BRASIL, 2009).

Para estimular e dar subsídios para rede básica de saúde, implantar procedimentos de promoção, proteção e apoio à mulher que amamenta é que foi criada a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM). A partir daí a prática do aleitamento materno começa a revelar índices mais satisfatórios, pois a duração mediana da amamentação, no Brasil, passou de 2,5 meses em 1970 para 10 meses em 1999. No entanto, o aleitamento materno exclusivo ainda não estava sendo realizado conforme recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

A expansão e o fortalecimento mundial da IHAC ocorreram a partir da experiência dos diversos países que a aderiram. Os critérios globais, os instrumentos de avaliação e um curso de 18 horas foram atualizados, levando-se em consideração: a nova Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância; os desafios apresentados pela pandemia do Assembleia Mundial de Saúde (AMS), e a importância do “cuidado amigo da mãe”, visando à atualização e ao fortalecimento da IHAC em todo o mundo. O processo de revisão dos materiais foi liderado pelo UNICEF/OMS e incluiu ampla pesquisa, contando com a participação de profissionais de diversos países (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 5).

Em março de 2008 foi concluída a revisão do material, após consulta a especialistas e testes feitos em países industrializados e em desenvolvimento. O material atualizado da IHAC, traduzido para o português e publicado no Brasil contém cinco volumes, assim distribuídos: Módulo 1 - Histórico e Implementação - Oferece orientações sobre os processos revisados e opções de expansão da IHAC

nos países, unidades de saúde e comunidades, reconhecendo que a Iniciativa foi expandida e deve ser elevada a uma condição de sustentabilidade; Módulo 2 - Fortalecendo e Sustentando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Curso para gestores - Visa a sensibilizar os gestores de hospitais (diretores, chefias, administradores, gerentes, etc.) e criadores de políticas quanto às diretrizes da Iniciativa e seu impacto positivo, além de estimular seu comprometimento com a promoção e a manutenção da Iniciativa; Módulo 3 - Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno em Hospitais Amigos da Criança - Curso de 20 horas para equipes de maternidade: Disponibiliza ferramenta para fortalecer o conhecimento e a capacitação das equipes no sentido de uma boa implementação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno; Módulo 4 - Auto Avaliação e Monitoramento do Hospital: Oferece instrumentos a serem utilizados por gerentes e equipes para avaliar se os serviços estão em condições de se submeterem à avaliação externa. Aos hospitais já credenciados como Amigo da Criança, os instrumentos auxiliam no monitoramento da adequação aos Dez Passos; Módulo 5 - Avaliação e Reavaliação Externa: Oferece orientações e instrumentos para avaliadores externos. Os instrumentos de reavaliação externa são indicados para reavaliar, regularmente, se os hospitais mantêm os padrões requeridos pela IHAC. Esse módulo é disponibilizado apenas para os Avaliadores credenciados pelo MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 6).

No Brasil, o credenciamento e permanência do hospital na IHAC dependem do treinamento da equipe que trabalha com mães e bebês e da sensibilização do dirigente do hospital e das chefias de serviços da maternidade. Entre 2002 e 2004, o MS promoveu 42 cursos para gestores em 24 estados, quando foram treinados 1819 diretores e chefias de unidades de 859 hospitais e maternidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 6).

O ministério da saúde, em 2008 realizou quatro cursos macrorregionais em: Salvador; Goiânia; Recife e Florianópolis, para formação de 114 multiplicadores dos seguintes cursos: sensibilização de Gestores para a IHAC; curso de 20 horas para equipes de maternidades e o papel do profissional de saúde na proteção do aleitamento materno. Neste mesmo ano, foram formados 91 novos Avaliadores da IHAC em três cursos, nas cidades de Taguatinga, Santos e Recife. Em 2009, mais de 400 gestores de 171 maternidades dos 17 estados do Nordeste e Amazônia,

participaram de cursos de Sensibilização de Gestores para a IHAC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 7).

Em 2010, gestores de maternidades dos demais estados do Sudeste, Sul e Centro-Oeste também participaram de cursos de Sensibilização de Gestores para a IHAC. Para a concretização da IHAC, é necessário que os profissionais da unidade hospitalar participem do curso de Manejo em Aleitamento Materno, de 20 horas, que tem por objetivo fortalecer o conhecimento e implementação dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. O curso de Sensibilização para Gestores, de 12 horas, é importante para sensibilizar os gestores e formuladores de políticas quanto às diretrizes da IHAC e seus impactos positivos, levando mais hospitais a aderirem à Iniciativa. Os gestores estaduais, municipais e hospitalares são orientados a preparar um Plano de Ação a ser desenvolvido em seus locais de trabalho. Finalmente, o curso de Formação de Avaliadores, de 40 horas, é importante por formar avaliadores credenciados a fazer avaliação externa e reavaliação dos hospitais com relação aos “Critérios Globais”, fundamental para a continuidade e qualidade da IHAC. O Brasil possui cerca de 3.750 maternidades, das quais 9% são credenciadas na IHAC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.7).

Segundo Alencar (2008), as estratégias para promover o aleitamento materno, receberam destaque internacional pela sua diversidade de ações, incluindo campanhas na mídia, treinamento de profissionais de saúde, aconselhamento em amamentação individualizado, produção de material educativo, estabelecimento de grupos de apoio à amamentação na comunidade, aprovação de leis que protegem a amamentação e o controle do marketing de leites artificiais. Desde então, diversas intervenções visando à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno vêm sendo implementadas e muitas delas também normatizadas nas três esferas de gestão do SUS: Federal, Estadual e Municipal.

Desde a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno em 1981 que os estudiosos desse assunto começaram a discutir os fatores associados ao desmame precoce, no intuito de compreender as suas razões (REA; CUKIER, 1988; VENÂNCIO, 2003; ARAÚJO *et al.*, 2008; CABRAL; CAMPESTRINI, 2010), entre outros. O PNIAM tem a finalidade de testar mecanismos de intervenção ao problema do desmame precoce, mediante estratégias, tais como: campanhas de

comunicação de massa; mudanças nas práticas hospitalares; treinamento e supervisão das equipes de saúde (LIMA; OSORIO, 2003; SOUZA; ALMEIDA, 2005).

Nos últimos 30 anos, com a crescente conscientização em relação às políticas de incentivo ao aleitamento materno no Brasil, tem se observado que houve uma queda considerável da mortalidade infantil, especialmente a redução das mortes por desnutrição, doenças diarreicas e respiratórias, cuja relação está intrinsecamente ligada ao aleitamento materno, assunto que vem sendo estudado em todo o mundo.

A prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em menores de seis meses, segundo o Ministério da Saúde em 2009 foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal. Esse indicador foi bastante heterogêneo, variando de 27,1% em Cuiabá/Mato Grosso a 56,1% em Belém/Pará. A duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do Aleitamento Materno (AM) foi de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal. Foi observado que, para o total das crianças menores de 12 meses analisadas, foi frequente o uso de mamadeira (58,4%) e de chupeta (42,6%). O uso de mamadeira foi mais frequente na região Sudeste (63,8%) e menos frequente na região Norte (50,0%). Em relação ao uso de chupeta a região Sul apresentou (53,7%) e a região Norte (25,5%) (BRASIL, 2009, p. 4).

A Semana Mundial do Aleitamento Materno é celebrada anualmente de 1 a 7 de agosto. É uma iniciativa da *World Alliance for Breastfeeding*, com o apoio da UNICEF, OMS e Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (ONUAA), iniciativa que envolve mais de 150 países (BRASIL, 2009).

No próximo capítulo apresentaremos considerações sobre aleitamento materno, abordaremos o aleitamento materno no Brasil e no Ceará; a composição do leite humano; os benefícios do aleitamento materno para a: mãe; criança; família; saúde pública e para o planeta.

3 CONSIDERAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

3.1 ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL E NO CEARÁ

O aleitamento materno desempenha um papel importante no desenvolvimento da criança, sendo o alimento adequado nos primeiros meses de vida, principalmente como fator de proteção contra doenças infecciosas. Reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes. Além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas, importantes para a redução da mortalidade infantil, supre todas as necessidades nutricionais para que o crescimento do bebê seja mantido dentro da normalidade para o período. Além do valor nutritivo e imunológico também é significativo no plano psicológico, por favorecer o vínculo afetivo mãe-filho (MARQUES *et al.*, 2010).

Um dos principais fatores apontados para referida redução da mortalidade infantil foi a melhora nos indicadores relacionados ao aleitamento materno (BRASIL, 2001). Além disso, esta ação promove a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. A recomendação do Ministério da Saúde do Brasil é que a mãe amamente por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança (BRASIL, 2009).

É importante garantir o aleitamento materno exclusivo desde a primeira hora de vida extrauterina. O contato pele a pele desencadeia uma série de eventos hormonais importantes para a relação mãe/bebê. O toque, o odor e o calor estimulam o nervo vago e isto, por sua vez, faz com que a mãe libere ocitocina, hormônio responsável, entre outras ações, pela saída e ejeção do leite. Esse hormônio faz com que a temperatura das mamas aumente e aqueça o bebê. Os mecanismos seriam os seguintes: as mães que amamentam logo após o parto têm maior chance de serem bem sucedidas na prática da amamentação; o colostro acelera a maturação do epitélio intestinal e protege contra agentes patogênicos e o contato pele a pele previne a ocorrência de hipotermia. Sendo a forma mais segura, eficaz e completa de alcançar crescimento e desenvolvimento adequados a uma criança (MERCER, 2007).

A Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância têm empreendido grandes esforços no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo (AME), de modo que as mães consigam amamentar e manter até os seis meses de vida da criança (BRASIL, 2009).

No Brasil, as taxas de aleitamento materno exclusivo são consideradas baixas, tomando como base a recomendação da OMS. No entanto, os inquéritos epidemiológicos nacionais realizados nas capitais brasileiras, indicam uma tendência ascendente. Segundo Bercini *et al.*, (2007), a duração mediana da amamentação era de 2,5 meses nos anos de 1973 a 1974, de sete meses em 1996 e de dez meses em 1999, dados que confirmam essa tendência. De forma igual, a comparação entre as pesquisas de prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal, uma de 1999 e outra de 2008, mostrou a ampliação da prevalência de aleitamento materno exclusivo entre 0-6 meses em 1970-2009 de 35,5% para 41,0%. A tendência crescente dessa prática pode ser explicada, pelo menos em parte, pela implementação de várias políticas públicas pautadas no Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno criado em 1981. Destacam-se a expansão da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Rede BLH) e da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), os avanços na regulamentação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), além da mobilização social provocada pela comemoração anual da Semana Mundial da Amamentação (VENÂNCIO *et al.*, 2010).

Esses avanços aconteceram devido as diversas estratégias que foram adotadas no Brasil, dentre elas: a implantação da iniciativa hospital amigo da criança em 1992; o projeto carteiro amigo que teve início no Ceará e em seguida em nove estados nordestinos, que desde 2001 vem sendo implantado em quase todos os estados do país; a criação de bancos de leite humano em diversas cidades brasileiras com vigilância, sendo a coleta de leite domiciliar feita em parceria com o Corpo de Bombeiros (Projeto Bombeiro Amigo), dentre outras. Foram realizados diversos cursos de aconselhamento em amamentação e capacitação de equipes por todas as regiões inclusive no estado do Ceará. Em um momento inicial, observou-se resistência na implantação dessas estratégias, decorrentes das mudanças de rotinas que os serviços necessitaram realizar. No entanto, verifica-se um avanço dos

indicadores de aleitamento exclusivo no país como também no nosso estado (REA, 2003). Visto que na década de 70, no estado do Ceará a mortalidade infantil alcançou em alguns municípios uma taxa de 75 mortes por mil nascidos vivos (BOLETIM NACIONAL DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA, 2000; SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, 2006).

Na década de 80, no Ceará, pesquisas apontaram que a prevalência de aleitamento materno exclusivo continuava muito baixa, de 9,8% nas crianças com até um mês, 2,4% em até três meses e 0,6% em até seis meses (BOLETIM NACIONAL DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA, 2000; SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, 2006).

No ano de 1995, especificamente no estado do Ceará, a Secretaria de Saúde estimava que em torno de 96% de mulheres iniciam a amamentação, porém apenas 14,7% continuam amamentando (BRASIL, 2001). E na Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde (PNDS), em 1996, verificou que mais da metade das crianças menores de quatro meses amamentadas já estava recebendo água, chás, sucos, outros leites e/ou alimentos complementares (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997).

Com a intenção de reverter esse quadro e promover o aleitamento materno, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, na década de 90 deu início ao desenvolvimento de diversas ações e reformas no setor saúde, implementadas pela OMS, UNIFEC e Ministério da Saúde, que vem sendo ampliadas durante as últimas décadas, dentre elas: cursos para profissionais de saúde; técnica continuada para os hospitais amigos da criança; seminários sobre alimentação complementar e regional; monitoramento das normas e comercialização de alimentos para lactentes e elaboração de material institucional (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, 2006).

Essas ações levaram a uma redução significativa na taxa de mortalidade infantil no estado do Ceará, visto que, em 2005 essa taxa foi reduzida para 18,3 mortes por 1000 nascidos vivos. Já na região Nordeste, a média foi de 21,7 óbitos por mil nascidos vivos e no Brasil foi de 17,9 óbitos por mil nascidos vivos, tendo como um dos principais fatores apontados para a diminuição da mortalidade infantil à melhoria nos indicadores relacionados ao aleitamento materno. Tais ações

contribuíram para o aumento expressivo da prática do aleitamento materno exclusivo no Estado do Ceará, que entre menores de quatro meses de vida, o índice é estimado em 70% (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, 2006).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de mortalidade infantil para o Brasil em 2010, revisada com dados do Censo, foi estimada em 19,4 óbitos para cada mil nascidos vivos, alcançando a meta estipulada para o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para 2015 (19,9 por mil) (IBGE, 2010).

Os dados mostram, que também em outros estados brasileiros vem ocorrendo uma crescente melhoria nos índices de aleitamento materno. Em estudo realizado no ano de 1996 em Salvador, observou-se que 96,7% das crianças nascidas nesse período, iniciaram a amamentação, mas a duração mediana do aleitamento materno exclusivo entre as crianças foi de 30,6 dias. Portanto, 50% delas foram amamentadas exclusivamente por cerca de apenas um mês de vida, e ao completar 120 dias de vida, apenas 6,9% delas estavam em uso de leite materno exclusivo e, aos 180 dias, apenas 0,9% delas continuavam sendo alimentadas com leite materno exclusivamente (OLIVEIRA *et al.*, 2005). Já em 2001, neste mesmo estado, segundo a pesquisa da prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal, do ministério da saúde, revela que 85,5% dos lactentes de 0 a 30 dias de vida eram amamentados, e que 43% estavam em aleitamento materno exclusivo. E na região nordeste, segundo esta mesma pesquisa, a porcentagem de crianças amamentadas nos primeiros 30 dias de vida foi de 86,7% e a taxa de aleitamento exclusivo foi de 55,4% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, a cobertura de aleitamento materno exclusivo foi de 64% no município, no ano de 2011, apresentando aumento se comparado aos anos de 2009 e 2010, com 35% e 47%, respectivamente (QUELUZ *et al.*, 2012).

Entre as regiões brasileiras, o Nordeste que em 1980 tinha a maior taxa de mortalidade infantil de 97,1%, teve uma queda significativa para 23,0% em 2010. A região Sul, que já tinha a menor taxa em 1980 de 46,0% manteve a posição em 2010 com 10,0%. Entre os estados brasileiros foram observadas grandes variações. Em 2010, a menor taxa de mortalidade infantil era em Santa Catarina com 9,2% e a

maior em Alagoas com 30,2%. A maior queda na taxa no período foi registrada em Paraíba, de 117,1% para 22,9% (IBGE, 2010).

Na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em menores de seis meses foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF. A duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do Aleitamento Materno (AM) de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e DF. Tais dados comprovam a crescente valorização do aleitamento materno no Brasil (BRASIL, 2009).

O avanço das políticas públicas de saúde voltadas ao incentivo do aleitamento materno está cada vez mais evidente. É notório o delineamento dessas ações (QUELUZ, *et al.*, 2012). Mesmo assim os indicadores relacionados ao aleitamento materno estão longe do ideal, sendo necessário investir em estratégias de incentivo à amamentação para que atinjam patamares mais elevados (VENÂNCIO *et al.*, 2010).

No próximo item abordaremos o aleitamento materno, demonstrando a sua importância e as categorias bem definidas de aleitamento materno.

3.2 ALEITAMENTO MATERNO

A amamentação é a forma ideal de alimentar o lactente. É considerado um alimento completo para a nutrição infantil, principalmente nos primeiros meses de vida da criança, visto que o leite humano tem composição específica para bebês, inclusive os prematuros e de baixo peso (VANNUCHI *et al.*, 2004). O leite materno é considerado um alimento completo, possuindo vantagens nutricionais, de ordem imunológica e psicológica que o tornam o alimento ideal para uma criança nos primeiros anos de vida. Embora com substitutos cada vez mais semelhantes, o leite materno, ainda continua sendo específico da espécie humana. Assegurando a sobrevivência da espécie desde o início da sua existência. A superioridade do leite materno é historicamente inquestionável (GIUGLIANI, 2004).

Além disso, a amamentação é um ato natural. É a maneira mais fácil de alimentar a criança, mas é uma experiência nova tanto para a mãe como para o

bebê (ICHISATO; SHIMO, 2002). Portanto as primeiras tentativas podem não corresponder à expectativa da mãe (GIUGLIANI, 2004), que também sofre influência da sociedade e de sua condição de vida (VINAGRE *et al.*, 2001).

O leite materno é preconizado pela Organização Mundial da Saúde, Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Ministério da Saúde, como alimento exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança.

Como é um processo de adaptação, então, o bebê mama em intervalos muito curtos, por isso a OMS recomenda que o bebê seja amamentado dia e noite, sempre que tiver vontade e que os intervalos entre as mamadas sejam livres, de acordo com a demanda do bebê. Assim, sempre que o bebê chorar, o peito pode ser oferecido até que esteja saciado com a sucção constante, que normalmente, após quatro dias aproximadamente o leite materno começará a fluir e o bebê se ajustará a essa mudança passando a espaçar mais as mamadas, em intervalos de duas ou três horas (NOGUEIRA, 2009).

Outrora, os profissionais de saúde orientavam as mães a trocar de peito durante a mamada, oferecendo 15 minutos em cada peito. Segundo Teruya e Coutinho (2002), não é uma prática adequada oferecer um peito por apenas 15 minutos, porque a criança mama apenas o leite anterior, que não é gorduroso e rico como o leite final. Por isso atualmente é recomendado que o bebê sugue o peito até largar espontaneamente, depois, a mãe pode oferecer o outro peito.

Com a crescente conscientização da importância do aleitamento materno exclusivo, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu categorias bem definidas de aleitamento materno, são elas: **Aleitamento materno exclusivo** - quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos; **Aleitamento materno predominante** - quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais; **Aleitamento materno** - quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos; **Aleitamento materno complementado** - quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido,

com a finalidade de complementá-lo, 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 e **Aleitamento materno misto ou parcial** - quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (BRASIL, 2009).

Aqui apresentamos as cinco categorias de aleitamento materno, apenas com a finalidade de levar o leitor a uma melhor compreensão. No item a seguir falaremos da composição do leite humano.

3.3 COMPOSIÇÃO DO LEITE HUMANO

Cada mamífero produz um tipo de leite que é o ideal para o seu filhote. O leite tem a quantidade de gordura, açúcar e proteínas adequadas ao animal para o qual se destina (GARCIA, 2013).

Segundo Giugliani (2002) o leite humano é uma substância viva, de alta qualidade, com grande complexidade biológica e forte ação protetora. Esse alimento é reconhecido como proteção natural contra alergias e infecções, além de estimular o desenvolvimento adequado do sistema imunológico do bebê (JUNQUEIRA, 2005).

A superioridade do leite humano, quando comparada a outros tipos de alimentos, deve-se a fatores como: composição química e biodisponibilidade de nutrientes adequados; presença de fatores de proteção contra infecções e ausência de componentes alergênicos. Outros benefícios incluem a formação do vínculo entre mãe e filho e ausência de gastos com alimentação durante o período de aleitamento materno exclusivo (GIUGLIANI, 2002).

O leite de cada mãe possui anticorpos que protegem o bebê de doenças às quais elas tenham sido expostas, além disso, fatores do crescimento acentuam o desenvolvimento do bebê e a maturação do sistema imunológico, assim como do sistema nervoso central (GIUGLIANI, 2002). Contém a quantidade adequada de todos os nutrientes que a criança necessita nos primeiros seis meses de vida: água, proteínas, gordura, sais, cálcio, fósforo e vitaminas. A exceção fica por conta do flúor, ferro e vitaminas D e K, os quais pode haver necessidade de suplementação (JENSON, 2002).

A criança que recebe com exclusividade o leite materno, nos seis primeiros meses de idade, possui reserva de ferro que atende às necessidades fisiológicas, não necessitando de qualquer forma de complementação nem de introdução de alimentos sólidos (DOMELLOF *et al.*, 2001).

São encontrados, principalmente: potássio, cálcio, fósforo, cloro e sódio; o ferro, o cobre e o manganês estão presentes em pequenas quantidades, mas as reservas acumuladas durante a gravidez suprem as necessidades da criança aproximadamente até o sexto mês de vida desde que neste período a mulher seja orientada para uma dieta rica em ferro (SCHMITZ, 2000, p. 36). Contém zinco e ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa, que auxiliam no desenvolvimento e na proteção imunológica do bebê. Também contém endorfina, substância química que ajuda a suprimir a dor. Possui anticorpos, leucócitos e outros fatores anti-infecciosos, que protegem contra a maioria das bactérias e vírus (CÉSAR *et al.*, 1999).

Estudos realizados por Tamez (1999) sobre a composição do leite humano, revelaram que, mesmo mulheres com desnutrição e desidratação, são capazes de produzir leite. Em volume menor, mas com qualidade excelente, onde se evidenciam grandes concentrações de lipídios, lactose e proteínas. O mais surpreendente, segundo Almeida (1999) e Tamez (1999) é que a produção de anticorpos específicos contra agentes enteropatogênicos é desenvolvida em grande escala por mulheres de baixa renda e com problemas ligados à desnutrição.

No início da mamada o leite que é secretado apresenta um aspecto acinzentado e aguado. A concentração de gordura no leite aumenta no decorrer de uma mamada. Dessa forma, o leite no final da mamada, que parece mais branco, chamado de leite posterior, é mais rico em energia (calorias) e sacia melhor a criança, daí a importância de a criança esvaziar bem a mama. O leite inicial é rico em água para acalmar a sede da criança, o leite final é rico em gordura, que fornece energia e dá à criança a sensação de saciedade (BRASIL, 2009). Depois de uns 30 segundos a um minuto após o início da sucção, o leite flui pelo mamilo, devido à ação da ocitocina, fenômeno denominado reflexo de ejeção ou descida do leite, descrito por algumas mulheres como uma sensação de latejar ou sensação de pontadas. A ocitocina provoca também uma ação benéfica sobre o útero,

provocando contrações uterinas após o parto, vulgarmente denominadas de “dores tortas”, sentidas pela puérpera no início da lactação e que favorecem a involução uterina (GUYTON, 2002).

O leite humano pode ser considerado como uma solução altamente complexa, com cerca de 160 substâncias conhecidas, constituídas basicamente por proteínas, células, sais minerais e carboidratos, que contêm gorduras em suspensão (SCHMITZ, 2000, p. 36). Possui numerosos fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções. A IgA secretória é o principal anticorpo, atuando contra micro-organismos presentes nas superfícies das mucosas. Os anticorpos IgA no leite humano são um reflexo dos antígenos entéricos e respiratórios da mãe, ou seja, ela produz anticorpos contra agentes infecciosos com os quais já teve contato, proporcionando, dessa maneira, proteção à criança contra os germes prevalentes no meio em que a mãe vive. A concentração de IgA no leite materno diminui ao longo do primeiro mês, permanecendo relativamente constante a partir de então. Além da IgA, o leite materno contém outros fatores de proteção, tais como anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisosima e fator bífido. Este último favorece o crescimento do *Lactobacillus bifidus*, uma bactéria não patogênica que acidifica as fezes, dificultando a instalação de bactérias que causam diarreia, tais como *Shigella*, *Salmonella* e *Escherichia coli*. Alguns dos fatores de proteção do leite materno são totais ou parcialmente destruídos pelo calor, razão pela qual o leite humano pasteurizado (submetido a uma temperatura de 62,5° C por 30 minutos) não tem o mesmo valor biológico que o leite cru, ou seja, natural (BRASIL, 2009).

O colostro é o leite materno produzido nos primeiros dias após o parto. Apesar de ser produzido em pequena quantidade, têm na sua constituição todos os nutrientes necessários para alimentar adequadamente o recém-nascido. O leite de mães de recém-nascidos prematuros é diferente do de mães de bebês a termo (bebê que nasce de nove meses). É conhecido como sendo a primeira e melhor “vacina”. Tem um aspecto cremoso/viscoso; de cor amarelada ou transparente; é de fácil digestão; tem a função de proteger o tubo digestivo, com efeito laxante que vai ajudar o bebê a expulsar o mecônio e a limpar do tubo digestivo; diminui o risco de icterícia (doença caracterizada pela pele amarelada) e reduz o risco de síndrome de morte súbita, entre outras. Rico em teor calórico e anticorpos, trazendo toda a

proteção que o recém-nascido necessita nas primeiras horas de vida. Comparado com o “leite maduro” o colostro é mais rico em proteínas e minerais e mais pobre em lactose e lipídios (BRASIL, 2009).

No item a seguir apresentaremos alguns dos benefícios do aleitamento materno.

3.4 OS BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

São inegáveis os benefícios que o aleitamento materno (AM) proporciona para a saúde da mãe e da criança. As investigações científicas desenvolvidas nas últimas décadas contribuíram muito para tal conhecimento (TOMA; REA, 2008).

Durante o ato de amamentar, o contato físico proporciona à mãe e ao bebê um momento de proximidade e, essa ligação emocional facilita o desenvolvimento da criança e seu relacionamento com outras pessoas. Inúmeras pesquisas mostram que este contato físico direto com a mãe diminui os riscos de morbi-mortalidade dos lactentes (BURBY, 2005).

Em estudo realizado por Alves (2014) demonstrou que o contato do bebê com a mãe, pele a pele, no primeiro minuto de vida, favorece o êxito da amamentação, momento ideal para a primeira mamada, que pode contribuir para o prolongamento do tempo da amamentação, diminuindo o risco de abandono de crianças. Além disso, amamentar o bebê imediatamente após o parto facilita a liberação de mecônio (primeiras fezes do bebê), diminuindo o risco de icterícia e protegendo contra constipação (prisão de ventre).

O aleitamento materno contribui para o desenvolvimento cognitivo, tendo um efeito positivo na inteligência. Segundo Anderson *et al.*, (1999) as crianças amamentadas apresentam vantagem nesse aspecto quando comparadas com as não amamentadas. Essa vantagem foi observada em diferentes idades, inclusive em adultos que foram amamentados quando crianças.

No item a seguir demonstraremos alguns benefícios que o ato de amamentar pode trazer para a mãe.

3.4.1 Benefícios do aleitamento para a mãe

A amamentação ajuda a mãe a voltar mais rápido ao seu peso pré-gestacional, uma vez que gasta as quilocalorias acumuladas. A mulher adulta com atividade física moderada necessita de 2.000 a 2.200 calorias e de 40-45 g de proteína por dia para a manutenção de seu peso e metabolismo. É necessário adicionar de 500-640 calorias e cerca de 16 g de proteína no período em esta estiver amamentando. Como, na gravidez, acumulam-se reservas da ordem de 100-150 calorias por dia, a mulher muitas vezes termina a gestação com sobrepeso, fazendo com que somente após algum tempo a mulher volte ao peso pré-gestacional. Após o parto, período em que o organismo da mulher está preparado para produzir leite materno, nem sempre ela consome a quantidade necessária de calorias para produzir o leite que o bebê ingere. Se estiver amamentando, o organismo irá retirar aquela reserva acumulada para fabricar o leite materno e se a amamentação for exclusiva, maior será a quantidade de caloria retirada da mãe. Porém, se a mãe parar de amamentar precocemente, conserva as calorias que seriam usadas para fabricar leite materno e a mesma conservará o peso ganho na gestação e demorará mais tempo para voltar ao peso que tinha antes de engravidar (REA, 2004).

A criança ao sugar a mama, estimula as terminações nervosas do mamilo e da aréola, que chegam até o hipotálamo, o qual, por sua vez, induz à secreção de prolactina pela hipófise anterior e ocitocina pela hipófise posterior. A ocitocina contrai o útero diminuindo o sangramento e favorecendo que o útero volte mais rapidamente ao volume normal e, por conseguinte reduzindo a ocorrência de hemorragia no pós-parto, que é uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil (REA, 2004).

A amenorreia (falta de menstruação) gestacional protege contra as perdas de ferro e, por conseguinte da anemia. A amamentação também estabiliza o progresso de endometriose materna (LABBOK, 2001).

A mulher que amamenta apresenta menor incidência de depressão pós-parto, tem menor risco de ter câncer de ovário (TUNG *et al.*, 2003), endométrio e mama na menopausa (GAO, 2000). Exerce ainda proteção, em longo prazo, da densidade óssea da mãe, contribuindo para prevenção da osteoporose

(MICHAELSSON *et al.*, 2001).

Segundo pesquisas de Freudenheim *et al.*, (1994), se todas as mulheres que não amamentaram ou amamentaram menos de três meses tivessem amamentado por 4 a 12 meses, o câncer de mama entre mulheres na pré-menopausa poderia ser reduzido em 11%. Se todas as mulheres amamentassem por 24 meses ou mais, essa incidência seria reduzida em quase 25%.

O aleitamento materno exclusivo em sistema de livre demanda, inclusive durante a noite, nos seis primeiros meses após o parto, desde que não surja menstruação, é um bom método de planejamento familiar. Porém, para que a mulher utilize a amamentação como prática contraceptiva, ela deve: estar nos primeiros seis meses pós-parto; não ter menstruado e amamentar exclusivamente ou quase exclusivamente (REA, 2004).

A praticidade do leite materno é cômoda para a mãe, está sempre na temperatura ideal, não é preciso ferver, misturar, coar, dissolver ou esfriar. Está sempre pronto, a qualquer hora ou lugar, não se erra no preparo e nem há risco de contaminação (ARAÚJO *et al.*, 2004).

No item seguinte apresentaremos alguns benefícios que o aleitamento materno pode trazer para a criança.

3.4.2 Benefícios do leite materno para a criança

Dados do Ministério da Saúde, 2010 mostram que a prática do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, por si só, reduziria em até 13% a mortalidade infantil no Brasil. O índice representa a cada ano 7.800 mortes a menos de crianças.

O leite materno supre as necessidades nutricionais e imunológicas do bebê, contendo mais de 200 constituintes que garantem o crescimento e desenvolvimento adequados (CURY, 2004).

Por isso o aleitamento materno tem desempenhado um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida infantil, reduzindo a morbimortalidade, protegendo o crescimento e o desenvolvimento normal com grande

eficácia, de baixo custo, além de fortalecer os laços de afetivamente entre a criança e sua mãe.

Alguns dos benefícios que o leite materno traz para a criança, destacados por About Trigr (2008) e Rezende; Montenegro (2005), são: a menor incidência de morte súbita no berço (síndrome da morte súbita), menor risco de diabetes, obesidade, câncer, otite, infecção urinária, artrite juvenil, cegueira noturna e melhor resposta a vacinações, assim como, capacidade de combater doenças mais rapidamente.

A criança que mama tem menor exposição a proteínas estranhas, criando tolerâncias ao invés de respostas alérgicas. A alergia alimentar ou alergia à proteína heteróloga pode ser desenvolvida a qualquer proteína introduzida na dieta habitual da criança. A mais frequente é em relação à proteína do leite de vaca, pelo seu alto poder alergênico e pela precocidade de uso por crianças não amamentadas ou em aleitamento misto (leite materno e outro leite). O desenvolvimento da alergia alimentar depende de diversos fatores, incluindo a hereditariedade, a exposição às proteínas alergênicas da dieta, a quantidade ingerida, a frequência, a idade da criança exposta e, ainda, o desenvolvimento da tolerância. A amamentação é bastante eficiente na prevenção à alergia ao leite de vaca e também para o desenvolvimento da tolerância oral aos alimentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006).

O leite materno, no segundo ano de vida continua sendo importante fonte de nutrientes. Estima-se que dois copos (500ml) de leite materno no segundo ano de vida fornecem 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e 31% do total de energia. Além disso, o leite materno continua protegendo contra doenças infecciosas. Em estudos realizados em três continentes concluiu que quando as crianças não eram amamentadas no segundo ano de vida elas tinham chance quase duas vezes maior de morrer por doença infecciosa, quando comparadas com crianças amamentadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

O leite materno tem proteção imunológica, devido a presença de fatores circulantes como lactoferrina, IgA secretora, anticorpos e outros, além do menor risco e de favorecer o pleno desenvolvimento da criança (REA, 2004). Promove o

crescimento de microrganismos (*Lactobacillus*) no intestino da criança, que fermentam a lactose tornando as fezes mais frequentes e menos consistentes, principalmente, nas duas primeiras semanas de vida. Esses microrganismos impedem que outras bactérias se instalem e causem diarreia (BRASIL, 2009).

O ato do bebê, de sugar o seio é importante para o desenvolvimento da mandíbula, dentição e músculos da face, contribuindo também para outros benefícios, como o bom desenvolvimento da fala. Este ato é inato, toda criança sadia ao nascer tem o reflexo de busca da região mamilo-areolar, daí porque deve ser colocado junto à mãe, o mais cedo possível, imediatamente após o parto, para realizar a sua primeira sucção (NEIVA, 2003).

A criança ao sugar o seio materno, com uma pegada correta, estabelece um padrão adequado de respiração nasal e postura correta da língua. Durante a sucção, os músculos envolvidos estão sendo adequadamente estimulados, aumentando o tônus e promovendo a postura correta para futuramente exercer a função de mastigação (NEIVA, 2003).

Em estudo realizado por Junqueira (2000), destaca que a amamentação promove estímulos adequados à musculatura da língua, favorecendo o fortalecimento da mesma e a conseqüente produção correta dos sons da fala, uma vez que alterações da fala podem ser decorrentes do mau funcionamento das estruturas orais.

No item seguinte abordaremos alguns benefícios que o aleitamento materno pode trazer para a família.

3.4.3 Benefícios do aleitamento materno para a família

Um dos benefícios que a amamentação traz para a família é a economia, pois para alimentar um bebê com outros alimentos que não o leite materno, custa caro comprar mamadeiras, bicos, leites infantis, complemento, gás, remédios entre outros.

Além disso, os bebês amamentados adoecem menos, por isso, os pais desses bebês têm mais tranquilidade e menos problemas com doenças, além de ter

menos gastos com medicamentos, sem contar que o bebê terá uma qualidade de vida bem melhor (ARAÚJO *et al.*, 2004).

E Barros (2006) relata que o aleitamento materno é a forma mais segura, simples e menos dispendiosa, além do mais fornece a nutrição completa da criança.

No item a seguir mostraremos alguns benefícios que o aleitamento materno pode trazer para a saúde pública.

3.4.4 Benefícios do aleitamento materno para a saúde pública

O bebê que é alimentado exclusivamente de leite materno adoece menos, com isso a saúde pública economiza, devido à redução de gastos com medicações distribuídas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), assim como também, gastos com hospitalizações, exames, procedimentos médicos, procedimentos cirúrgicos e todos os gastos que estão embutidos em um processo de internação.

Focando a amamentação do ponto de vista preventivo, observamos que esta ação minimiza as possibilidades do bebê desenvolver algumas doenças, diminuindo a morbidade e a mortalidade infantil, e conseqüentemente diminuindo também as despesas com esses assistidos nas instituições públicas, protegendo assim o interesse público.

Segundo Queluz *et al.*, (2012) o aleitamento materno (AM) é de fato considerado em todo o mundo um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção à saúde da criança e seu impacto social pode ser quantificado por meio da redução de atendimentos médicos, hospitalizações e tratamentos medicamentosos, uma vez que a criança em AME tem menor risco de adoecer. Os obstáculos para a realização do AM são inúmeros, mas de maneira geral as alegações para seu abandono envolvem mitos e desinformação, mesmo entre mulheres com nível socioeconômico mais elevado, o que reafirma a importância das orientações e intervenções dos profissionais de saúde no apoio à nutriz.

No próximo item apresentaremos alguns benefícios que o aleitamento materno pode trazer para o planeta.

3.4.5 Benefícios do aleitamento materno para o planeta

Neste item veremos alguns benefícios que o aleitamento materno pode trazer para o planeta. Visto que o leite materno é um dos poucos alimentos produzidos e liberados para consumo sem nenhuma poluição, sem embalagem e sem desperdício.

Em estudos realizados por Araújo *et al.*, (2004), foi observado que, se cada mulher oferecesse mamadeira ao seu bebê, seriam necessárias quase 86.000 toneladas de alumínio para produzir 550 milhões de latas de leite por ano.

Se cada mulher amamentasse, seriam economizadas 3000 toneladas de papel para os rótulos dos leites infantis, reduzindo resíduos e desmatamento.

Mas o leite em si não é o único problema, mamadeiras e bicos são feitos de plástico, vidro, borracha e silicone (MÜLLER, 2003). A produção desses materiais é de custo elevado e constantemente não são reaproveitados.

Todos esses produtos usam recursos naturais, causam poluição na sua produção e distribuição, e também produzem lixo no seu empacotamento, promoção e exposição (ARAÚJO *et al.*, 2004).

Conclui-se que, amamentar além de trazer tantas vantagens para a mãe, para a criança, para a família, para a saúde pública e para o planeta, também é um ato ecológico.

No capítulo a seguir apresentaremos considerações sobre o desmame precoce, mostrando algumas causas e consequências, assim como também, demonstraremos que a influência da cultura do uso de mamadeira e chupeta é uma prática prejudicial à amamentação.

4 CONSIDERAÇÕES SOBRE DESMAME PRECOCE

A história nos tem mostrado que ao longo dos tempos a mulher vem buscando substituto para o leite materno. Segundo Rodrigues (1997, p. 8) há uma tendência mundial, que parte desde descobrimentos arqueológicos, como xícaras com biqueiras em sepulturas de bebês datando 2.000 a. C., até regulamentação em 1.800 a. C., no código de Hamurabi, de um contrato de trabalho, onde uma mulher amamentava o filho de outra, muito em uso nos séculos XVI até parte do século XIX na Europa.

A amamentação na espécie humana é fortemente influenciada por diversos fatores socioculturais. Visto que o homem é o único mamífero em que o desmame (cessação do aleitamento materno) não é determinado somente por fatores genéticos e pelo instinto. O desmame não é um evento, e sim um processo que faz parte da evolução da mulher, como mãe, e do desenvolvimento da criança. Nesse sentido, o desmame deveria ocorrer naturalmente, na medida em que a criança vai adquirindo competências para tal, o que pode ocorrer em diferentes idades, em média entre dois e quatro anos e raramente antes de um ano. Costuma ser gradual, mas às vezes pode ser súbito. A mãe deve participar ativamente nesse processo, sugerindo passos quando a criança estiver pronta para aceitá-los e impondo limites adequados à idade (BRASIL, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde o desmame precoce é caracterizado pela interrupção do aleitamento materno ou pela introdução de qualquer tipo de alimento ou bebida, incluindo água, chás ou sucos na alimentação da criança, antes que esta complete seis meses de vida (BRASIL, 2004).

Para Soares *et al.*, (2003), desmame precoce é a interrupção do aleitamento materno ao longo do seu seguimento, ou a introdução paralela de outros alimentos, predominantemente água, chás ou sucos, antes que a criança complete seis meses de vida.

Parizotto e Zorzi (2008), conceitua o desmame precoce como sendo a interrupção do aleitamento materno antes do lactente haver completado seis meses de vida, independentemente de a decisão ser materna ou não e do motivo de tal interrupção.

Segundo Cabral e Campestrini (2010), o desmame precoce é a interrupção do aleitamento materno exclusivo ao peito, antes da criança haver completado seis meses de vida, independentemente de a decisão ser materna ou não, e do motivo de tal interrupção.

E para Giuliani *et al.*, (2012) o desmame precoce é quando o AME foi interrompido antes do sexto mês, o que corresponde a fazer o Aleitamento Materno Predominante (AMP), ou seja quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás e/ou alimentação complementar, que é quando a criança recebe além do leite materno alimento sólido ou semissólido.

Observa-se que, entre os autores acima citados, não há divergência em suas concepções, apresentam uma mesma percepção do que seja desmame precoce.

Em 1989, a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, realizada pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), mostra que 97% das mães iniciam a amamentação, mas 43% delas, a interrompem antes que a criança complete três meses de vida (IBFAN, 2001).

A Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, realizada no Brasil em 1999, constatou que no Nordeste a prevalência do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida do bebê era de 50%, aos 120 dias esta proporção caía para 19% e aos seis meses para 8% (BRASIL, 2001). Nessa pesquisa o desmame precoce foi estudado quanto aos fatores relacionados ao lactente e à mãe, destacando a culpa de que a mulher é acometida pela condição de não amamentar seu bebê, diante de motivos variados como, por exemplo, quantidade e qualidade do leite, afecções mamárias, necessidade de trabalhar, entre outros (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Em estudo realizado por Faleiros *et al.*, (2006) observa-se que, 75,2% das puérperas que têm companheiro, relataram que o pai da criança acha importante a amamentação e quer que o bebê seja amamentado, como também 70% das famílias, mas cerca de um quarto dos companheiros e familiares não têm opinião a respeito do assunto, fato preocupante, pois diante da situação conjugal, o papel do

pai e de outras pessoas da família, exercem influência tanto na motivação como na capacidade da mãe para amamentar, assim como na duração do aleitamento materno.

Dessa forma, o desmame precoce é um problema de saúde que tem uma implicação não só biológica, mas social, já que tem repercussões na qualidade e expectativa de vida dos recém-nascidos, pois o desmame precoce está relacionado, entre outras causas, à mortalidade infantil.

A seguir veremos algumas causas do desmame precoce.

4.1 ALGUMAS CAUSAS DO DESMAME PRECOCE

Para Guimarães *et al.*, (2013) as principais causas de desmame precoce são: a cultura local; trabalho fora de casa; falta de orientação, suporte e incentivo dos profissionais de saúde; nível socioeconômico, escolaridade; dor; patologias; primíparas; uso de chupetas; comportamento da criança; baixo peso e prematuridade; doenças e tipo de parto.

Ascarí *et al.*, (2013) em estudo realizado com Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), estas foram questionadas sobre as dificuldades encontradas pelas nutrizes acerca do aleitamento materno dentro de sua área de atuação, fato que as levou ao desmame precoce, mama ingurgitada e fissuras no mamilo, bebês com dificuldade de pega no seio e falta de preparo das mamas e mamilo invertido; leite fraco e pouco leite; o oferecimento de água, chá, leite de vaca e ou leite industrializado e retorno as atividades laborais após o quatro mês de vida da criança.

A mudança no modo de vida da mulher faz com que ela se torne participativa do orçamento familiar, passando a ter independência financeira, trabalhar fora de casa para ajudar, ou muitas vezes, assumir as despesas do lar, dificultando assim o repasse natural dos costumes e influenciando no modo de alimentação da criança. Esse novo comportamento contribui negativamente na prática da amamentação, sendo uma causa que pode levar ao desmame precoce, influenciando no aumento da morbimortalidade infantil (MONTEIRO *et al.*, 2011).

Segundo Ramos (2011), algumas causas do desmame precoce são: falta de informação materna; desinteresse; volta à jornada de trabalho; transmissão de doenças para o filho e idade precoce da mãe, entre outros.

Martins *et al.*, (2011) atribui como causa de desmame precoce a baixa escolaridade da mãe. Quanto maior for o tempo de escolaridade, possivelmente maior será o tempo de aleitamento natural. Em países que estão em fase de desenvolvimento, é observado que mães que pertencem a uma classe social mais baixa e um menor nível de instrução, cujo início do pré-natal dá-se mais atrasado, optam tardiamente pelo modo de alimentação da criança. Já Carrascoza *et al.*, (2011), discorda ao declarar que a interrupção teve predomínio entre as mulheres que tinham poder socioeconômico alto. Afirma também que, nos países que não possuem industrialização, a amamentação é mais duradoura entre as mulheres pertencentes às classes baixa e média do que na classe de melhor nível socioeconômico.

Em estudo realizado por Frota *et al.*, (2009), encontrou como causas de desmame precoce o trabalho da mãe fora do lar; falta de apoio por parte dos profissionais de saúde; a propaganda e a urbanização como influenciadores na divulgação de fórmulas infantis levando a mudanças nos hábitos de vida das pessoas; dor; ingurgitamento mamário; fissuras mamilares e mastites; o uso de chupeta e o choro que leva a mãe a associar a qualidade e quantidade do seu leite julgando não ser satisfatório para seu filho, o que leva a introdução de outros alimentos e até mesmo a total substituição do leite materno pelo artificial.

Normalmente, o ato de amamentar não gera dor quando realizado de forma correta, mas por falta de conhecimento das técnicas de amamentação, da inexperiência materna, da falta de educação em saúde por parte dos profissionais, pode se tornar uma prática dolorosa trazendo prejuízos tanto para a saúde da criança quanto para a mãe. A dor é uma das principais causas de problemas durante a amamentação, interferindo diretamente no reflexo da saída do leite. Como resultado, há cessão da amamentação comprometendo a nutrição da criança e desenvolvendo na mãe a sensação de aflição, determinando o fracasso da amamentação (ARAÚJO, 2008).

Em estudo realizado por Pereira (2004) revelou-se que as mulheres

justificavam a introdução de complementos do leite materno por meio de falas muito comuns: “meu leite é pouco”, “meu leite secou” e “a criança não quis o peito”.

Os índices de hipogaláctia (insuficiência de leite) primária não ultrapassam 1,5% da população, e já foi comprovado que as nutrizes, do ponto de vista fisiológico, conseguem produzir quantidades suficientes de leite materno para assegurar um crescimento adequado para sua criança (PEREIRA, 2004).

E, Melo *et al.*, (2002); Percegoni *et al.*, (2002) e Pereira (2004) observaram em suas pesquisas que, a falta de conhecimento sobre a prática de aleitamento, por parte das mães tem sido apontada como um papel importante na redução do tempo de aleitamento materno.

Já os autores, Brasil (2001); Ribeiro (2002) e Venâncio *et al.*, (2002) relatam que, os principais fatores relacionados ao desmame precoce são: idade; baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade da mãe; estrutura familiar; trabalho materno, seja doméstico ou fora do lar; percepção do corpo feminino; a intenção da mãe de amamentar ou não desde o início do pré-natal; a falta de incentivo por parte do cônjuge e de parentes e a ausência de suporte dado no dia a dia da nutriz.

Segundo Foucault (1986) havia um mito no século XVIII que proibia as mulheres de manter relações sexuais durante o período do aleitamento, caso contrário o leite se estragaria, estimulando mulheres ricas a desmamarem seus filhos precocemente, enviando-os a amas de leite, com o intuito de poderem voltar a ter relações sexuais com seus maridos. Diante deste contexto, um italiano chamado Baldini em 1876 inventou a mamadeira para alimentar os bebês, substituindo o leite materno pelos leites animais e artificiais, passando a ser o seu uso popularizado pela tradução francesa da obra “Maneira de aleitar as crianças à mão na falta de amas de leite”.

Assim como Foucault, Sandre-Pereira (2003) também aborda em seus estudos a questão da amamentação e sexualidade, uma pesquisa realizada em Florianópolis, relata que:

“... muitas mulheres encontrar-se-ão, dessa forma, presas em um conflito entre seu papel de ‘boa mãe’ e aquele de ‘boa mulher’. Poucas mulheres continuarão a amamentar contra a aceitação de seus companheiros. Ir contra o companheiro e continuar a amamentar pode gerar um sentimento de desconforto diante desse tipo de escolha, ou mesmo o temor do seu

desamor e da separação. Por outro lado, não amamentar pode gerar uma espécie de culpa em relação ao filho, pois o discurso médico atual, pelo menos no Brasil, aponta a amamentação como sendo fundamental para a saúde do bebê, e nesse sentido ela pode ser percebida por muitas mulheres como uma 'obrigação' de uma 'boa mãe'. E mesmo quando o discurso médico não é tão enfático, como na França, a culpa e o ressentimento podem se estabelecer a partir de outras relações..." (SANDRE-PEREIRA, 2003).

Sandre-Pereira (2003) relata que, nas entrevistas realizadas em sua pesquisa, em se tratando de amamentação e sexualidade, é destacado a questão da criança ser desmamada mais cedo do que previsto, por questões da própria sexualidade entre o casal.

Trazemos essa causa de desmame precoce citada pelos autores Foucault (1986) e Sandre-Pereira (2003), encontrada em suas pesquisas, apenas para nível de conhecimento, pois no presente estudo, nenhuma mãe abordou fato que tivesse alguma relação ao que esses autores citam.

No Brasil, vários são os estudiosos do assunto que vêm realizando trabalhos científicos, com objetivo de nortear as ações de promoção ao aleitamento materno exclusivo, entre eles: Giugliani *et al.*, (2012); Melo *et al.*, (2002); Brasil (2009); Ribeiro (2002); Venâncio *et al.*, (2002); Percegoni *et al.*, (2002); Pereira (2004); Cabral; Campestrini (2010); Toma; Rea (2008); Cury (2004) e Ministério da Saúde (2010), entres outros. Apesar disso, o desmame precoce continua sendo uma realidade muito frequente.

Observa-se que, em relação as causas do desmame precoce, há muito em comum entre os achados, nos estudos realizados pelos autores acima citados

No item a seguir serão demonstradas algumas das consequências do desmame precoce.

4.2 O DESMAME PRECOCE E SUAS CONSEQUÊNCIAS

O desmame precoce, ou seja, a oferta de outros alimentos, além do leite, antes do período ideal, pode tornar a criança mais vulnerável a diarreias, infecções respiratórias e gastrintestinais e a desnutrição, levando ao comprometimento do crescimento e desenvolvimento adequados. Além disso, está associado à

sobrecarga do sistema imune, imaturidade dos rins e do intestino e aumenta a morbimortalidade infantil como consequência de uma menor ingestão dos fatores de proteção do leite materno (PARIZOTTO; ZORZI, 2008).

Pedroso *et al.*, (2004) observa que a ausência de amamentação ou sua interrupção precoce, com a consequente introdução de outros tipos de alimentos na dieta da criança, têm trazido consequências potencialmente danosas à saúde do bebê, tais como a exposição precoce a agentes infecciosos, o contato com proteínas estranhas, os prejuízos ao processo de digestão, entre outras.

E Cury (2004) relata que, o desmame precoce expõe a criança a diversas doenças infecciosas, entre elas as gastroenterites e as doenças respiratórias, como também diminui a resposta imunológica, podendo aumentar a morbidade e mortalidade, interferindo negativamente no crescimento e desenvolvimento adequado da criança. Seus escritos demonstram que o mesmo concorda com Pedroso *et al.*, (2004).

Segundo Cattoni *et al.*, (2003) o desmame precoce traz várias consequências para a criança. Pode levar à ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado, provocando alterações na postura e força, prejudicando as funções de mastigação, deglutição, possibilitando a instalação de má oclusão, respiração oral e articulação dos sons da fala. O aleitamento artificial interfere na realização das funções de mastigação, sucção e deglutição podendo levar à presença de alterações na musculatura orofacial, na postura de repouso dos lábios e da língua, alterações na formação da arcada dentária e alterações no palato.

O posicionamento adequado da dupla mãe/bebê e a pega/sucção efetiva do bebê favorece a prática da amamentação exclusiva. Uma posição da mãe e/ou do bebê que dificulta o posicionamento adequado da boca do bebê em relação ao mamilo pode resultar no que se denomina de má pega. Esta, por sua vez, interfere na dinâmica de sucção e extração do leite materno, podendo dificultar o esvaziamento da mama e consequentemente levar à diminuição da produção do leite e a introdução precoce de outros alimentos (WEIGERT *et al.*, 2005).

Aqui foram citadas apenas algumas das consequências do desmame precoce, mas existem muitas outras.

No próximo item será apresentada a influência da cultura do uso de mamadeira e chupeta como prática prejudicial à amamentação, assim como algumas consequências que estes podem trazer para a saúde da criança.

4.3 INFLUÊNCIA DA CULTURA DO USO DE MAMADEIRA E CHUPETA COMO PRÁTICA PREJUDICIAL À AMAMENTAÇÃO

A mamadeira e a chupeta são largamente utilizadas em vários países, constituindo importante hábito cultural em nosso meio.

A chupeta é usada para acalmar o bebê, não fornece alimentação e seu uso pode levar a mãe a amamentar com menor frequência. Com isto, a estimulação do peito e a retirada do leite da mama pode ficar diminuída, levando à menor produção do leite, cuja consequência pode ser o desmame precoce. Além disso, a chupeta pode ser nociva, podendo transmitir infecções (LAMOUNIER, 2003).

Na Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal, realizada pelo Ministério da Saúde em 2001, foram investigadas vintes e seis localidades, sendo observado que a cidade com a maior proporção de crianças alimentadas com mamadeira é Maceió (75,5%) e a menor o Distrito Federal (48,5%). Relativo ao uso de chupeta, Porto Alegre apresentou maior prevalência (69,2%) e Macapá a menor com (32,0%) (BRASIL, 2001).

E na II Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal, realizada também pelo Ministério da Saúde no ano de 2009, verificou-se que, para o total das crianças menores de 12 meses analisadas, foi frequente o uso de mamadeira (58,4%) e de chupeta (42,6%). O uso de mamadeira foi mais frequente na região Sudeste (63,8%) e menos frequente na região Norte (50,0%). As diferenças entre as regiões foram maiores em relação ao uso de chupeta, com a região Sul apresentando o dobro (53,7%) da prevalência do uso de chupeta (25,5%) quando comparada com a região Norte (BRASIL, 2009).

No Brasil, com o objetivo de restringir o uso de chupeta e mamadeira, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) decidiu incluir, na embalagem do produto, a inscrição “O Ministério da Saúde adverte: a criança que mama no peito não necessita de mamadeira, bico ou chupeta. O uso de mamadeira, bico ou

chupeta prejudica a amamentação e seu uso prolongado prejudica a dentição e a fala da criança”. Essa medida tem como objetivo desencorajar a mãe a trocar o aleitamento natural pelo artificial (BRASIL, 2001).

A mamadeira é considerada o principal veículo de transmissão de enteroparasitas e coliformes fecais. A OMS e a UNICEF, assim como alguns estudiosos do assunto, recomendam que quando, excepcionalmente, por alguma razão clínica, o bebê não puder ser amamentado ou sua mãe não puder aleitar, seja utilizado copinho ou xícara para a administração de leite materno ordenhado (OMS/UNICEF, 2001; CARVALHO, 2001).

Tomasi e cols. (*apud* CARVALHO, 2001) refere que, o uso de chupetas e mamadeiras também aumenta o risco de otite média, de episódios diarreicos infecciosos e de má oclusão dentária. Além disso, em sua pesquisa encontrou contaminação por coliformes fecais em 49% das chupetas examinadas, dados que reforçam a necessidade de que esse hábito seja abolido.

Em pesquisa realizada por Pedroso e Siqueira (*apud* CARVALHO, 2001) foi encontrado em 11,63% das chupetas examinadas: cistos de protozoários; larvas de helmintos; ovos de ascaris lumbricóides; enterobius vermiculares; trichuris trichiura; taenia SP e larvas de ancylostomatíde. Nessa pesquisa, foi observado também que, as mães não têm conhecimento da importância da higienização e do papel que as chupetas desempenham como disseminadoras de infecções.

Além disso, a criança no primeiro ano de vida, está na fase oral do seu desenvolvimento psicosssexual, e a amamentação, por livre demanda, é capaz de suprir, por si só, a necessidade que ela tem de sugar, denominada sucção não nutritiva (CARVALHO, 2001).

E Leite *et al.*, (1999) descreve que crianças amamentadas ao peito têm menores chances de adquirir hábitos de sucção não nutritivas, comumente observados em crianças que não receberam aleitamento materno.

Como também, o uso de bicos artificiais leva ao fenômeno chamado confusão de bicos, um dos fatores que induz ao desmame precoce, observação feita por Almeida (1999); Bianchi (2014) e Carvalho (2001), entre outros.

Santiago (2003) destaca a importância do aspecto cultural envolvido nesta prática e enfatiza que o uso de chupeta deve ser visto como um indicador de problemas com a amamentação.

Além de tudo isso, relata Carvalho (2001) que, os recém-nascidos que usam chupetas e/ou mamadeiras, geralmente sofrem de monilíase oral, assim com, de cárie dentária. 11,7% das crianças até dois anos de idade têm a chamada cárie de mamadeira.

As chupetas no Brasil são chamadas de “cala a boca” e nos EUA de “pacificadoras” e “me deixa em paz” (CARVALHO, 2001).

De acordo com as evidências acima citadas, observa-se que o uso de chupetas produz mais danos do que benefícios, uma vez que chupetas impedem o estabelecimento da amamentação e conduzem ao desmame precoce. Os pais deveriam ser plenamente informados das vantagens e desvantagens associadas com o uso de chupetas a fim de tomarem suas decisões conscientes quanto ao uso ou não das mesmas.

No capítulo a seguir apresentaremos o encontro com os dados da realidade em estudo. Neste, traremos o cenário da pesquisa, bem como uma breve descrição do local do estudo, para que o leitor possa conhecê-lo; demonstraremos as primeiras intervenções com as mães; as observações feitas e anotadas no diário de campo; as entrevistas contendo os relatos das mães transcritos; um breve apanhado sobre o bairro Planalto Pici, local onde moram as vinte e três mães entrevistadas; as visitas realizadas no domicílio das seis mães adolescentes; o grupo de discussão; os resultados e a análise dos dados.

5 O ENCONTRO COM OS DADOS DA REALIDADE EM ESTUDO

5.1 O CENÁRIO DA PESQUISA: AS PRIMEIRAS INTERVENÇÕES COM AS MÃES

Na tentativa de atingir os objetivos desta pesquisa, optamos pelo estudo do tipo exploratório a partir de uma abordagem qualitativa de cunho etnográfico. Durante o processo investigativo o percurso trilhado teve como base os preceitos da pesquisa qualitativa e a etnografia como método de aproximação da realidade pesquisada. Para tal, a observação estava em primeiro lugar, sendo utilizado o olhar e ouvir como componentes indispensáveis, assim como também o diário de campo, que foi um grande companheiro, e as entrevistas que foram muito importantes para apreender as falas, as percepções e a compreensão da realidade estudada.

Este método foi escolhido por melhor se adequar aos objetivos do estudo e pelo fato de a pesquisa qualitativa permitir a aproximação com os sujeitos, possibilitando compreendê-los como indivíduos que têm modos de ser diversos e singularidades, razão pela qual necessitam ser considerados nas suas diversidades e em seus contextos.

Este trabalho tem como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico das mães de crianças atendidas no serviço de puericultura do Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa (CPN); avaliar o conhecimento dessas mães sobre aleitamento materno e identificar a prática alimentar das crianças atendidas no serviço de puericultura do CPN.

Para chegar ao objetivo, ou seja, conhecer o perfil sociodemográfico das mães de crianças atendidas no serviço de puericultura do Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa (CPN); avaliar o conhecimento dessas mães sobre aleitamento materno e identificar a prática alimentar das crianças atendidas no serviço de puericultura do CPN. Levamos em consideração o aprendizado que elas obtiveram em todo o processo de acompanhamento da gestação, através das consultas e do curso de gestante. Levou-se em conta ainda, o universo em que essas mães estão inseridas e suas experiências.

Partindo desses pressupostos, foi traçado o perfil destas mães, para enfim compreender a razão de elas não estarem realizando o AME. Buscamos

mensurar até que ponto essas mães conseguiram de fato aprender o que lhes fora ensinado e como estes conhecimentos estão sendo aplicados na prática.

Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa é entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, as relações e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no advento quanto na transformação, como construções humanas significativas, respondendo a questões muito particulares. Nas ciências sociais ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantitativo, ou seja, esta trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis e de acordo com Gomes (2002), este tipo de abordagem permite o estudo dos fenômenos e suas relações em seu meio natural, atribuindo sentido a partir dos significados que os sujeitos lhe conferem.

As primeiras aproximações com as mães ocorreram alguns meses antes da realização das entrevistas. Bem antes iniciamos uma pesquisa exploratória, no âmbito do CPN, no sentido de observarmos os comportamentos das mães: se portavam mamadeira com água ou qualquer outro líquido; se era comum o uso de chupetas; se acalentavam a criança no peito ou não, assim como também identificarmos a demanda de acompanhamento de crianças entre zero a seis meses de idade, entre outras.

Enquanto observava, sentada num banco alto do outro lado do balcão de atendimento, bem de frente aos bancos onde as mães ficam sentadas esperando serem chamadas para a consulta da criança, ficava atenta, escrevendo tudo o que acontecia naquele ambiente discretamente para que as mães não percebessem.

No dia 4 de julho foi feita a seguinte anotação no diário de campo:

Hoje existem três mães aguardando atendimento, duas têm aparência bem jovem, parecem ser adolescentes e a terceira deve ter mais de vinte e cinco anos. Duas são pardas e uma negra. Das duas que são pardas, uma delas tem uma menina de mais ou menos um ano de idade, que já está conseguindo dar uns passinhos segurando na mão. A mãe dessa menina está vestida com um short bem curtinho, cabelo pintado de um vermelho bem extravagante. Deu para perceber quatro *pierçings*: um no lábio, um no nariz, um na sobrancelha e um no umbigo. Tem uma tatuagem bem grande na perna direita, um desenho de borboleta no pescoço e uma palavra

escrita no antebraço, mas não conseguimos ler, parece ser o nome de uma pessoa. Esta não porta nada, nem mesmo uma fralda ou água para a criança, leva na mão apenas o cartão de acompanhamento. A outra mãe parda é mãe de dois bebês gêmeos, dois meninos, parecem ter uns dois meses de idade. Está vestida com um short jeans no joelho e uma blusa de manga na cor vermelha. Tem cabelo mechado de loiro e uma tatuagem bem pequena perto da orelha. A mesma está acompanhada com uma senhora, parece que é sua sogra, de aparência muito simples, vestida com um vestidinho de bolinha abaixo do joelho e com dois bolsos, um de cada lado na altura dos quadris. Estas de vez em quando trocavam os bebês, que choravam muito, mas depois que tomaram um suco de cor amarelo laranja, oferecido numa mamadeira, estes se aclamaram e até deram um breve cochilo. A mãe de cor negra, seu bebê é uma menina, parece ter dois meses de idade, está vestida com um short preto bem colado, quase na altura do joelho e uma camiseta azul, cobrindo o cós do short. Deu de mamar várias vezes, em intervalos muito curtos (menos de cinco minutos), mas o que mais chamou atenção é que ela colocava a filha no peito, ela pegava, chupava um pouquinho, mas em seguida soltava o peito e chorava. Esta cena se repetiu durante todo o período que ela aguardava o atendimento. Chamando a atenção de todos ao redor. O que levou a uma das mães a falar: “ela tá doente de que?” a mãe respondeu: “não, ela num tá doente não”. Então a interrogante disse: “e o quê que ela quer?”. A mãe respondeu: “essa menina passa o dia todo assim, num deixa eu fazer nada, só mama assim mermo. [...] eu só ainda tô dando o peito pra ela, porque eu tinha parado e ela vivia doente, aí eu voltei a dar o peito pra ela, agora ela tá boa, nunca mais teve diarreia, nem espremedeira, nem cólica, nem gripe [...] sabe, quando eu tava dano mingau pra ela, ela só vivia doente, vivia internada na Tia Júlia, tinha tanta espremedeira, que fazia até pena ...” (Diário de campo, 14/07/2014).

No processo de coleta de dados o diário de campo é uma técnica muito importante, por esta permitir as anotações de percepções, impressões e sentimentos no momento em que estes ocorrem e por esse motivo deve estar sempre com o pesquisador. Segundo Brandão (1982), o diário de campo “são folhas de uma fala oculta”, são descrições de maneiras de sentir, sentir pessoas, lugares e situações.

Durante a pesquisa exploratória planejamos os passos a serem seguidos para a realização desse trabalho, escolhemos o objeto de estudo, delimitamos o problema e definimos os objetivos. Realizamos também uma pesquisa bibliográfica com a intenção de conhecer melhor o objeto de estudo, assim como para definir o enfoque teórico a ser utilizado.

Segundo Minayo (1994, p. 26), a pesquisa exploratória é aquela que tem por objetivo explicitar e proporcionar um maior entendimento de um determinado problema, sendo um tempo dedicado a interrogações preliminares sobre o objeto, os pressupostos, as teorias pertinentes, a metodologia apropriada e as questões operacionais para levar a cabo o trabalho de campo e para Barbosa (2001), esta

busca a familiarização com o fenômeno, a percepção e a descoberta de novas ideias sobre um assunto. Descreve detalhadamente a situação a procura de descobrir as relações existentes entre os elementos da mesma, considerando os mais diversos aspectos envolvidos.

No decorrer da pesquisa exploratória, a observação foi uma ferramenta bastante utilizada, por esta ser uma técnica que permite o acompanhamento das experiências pessoais e diárias dos sujeitos. Segundo Laville e Dione (1999), o observador não fica retirado do contexto das ações cotidianas da vida dos sujeitos durante a observação, mas se integra à situação por uma participação direta e pessoal.

Neste estudo optamos por entrevistar apenas as mães que estão vivenciando esta experiência pela primeira vez (primíparas), por acreditarmos que é nesta experiência que essa mãe vivenciará o novo, o singular e com isso não poderá fazer comparações. É uma experiência única, é especial ou pelo menos se imagina que deveria ser. No que se refere a idade do bebê, foi escolhido a faixa etária de zero a seis meses de idade, levando em conta que o leite materno é preconizado pela Organização Mundial da Saúde, pela Fundação das Nações Unidas para a Infância e pelo Ministério da Saúde, como sendo alimento exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança. Por isso nos detemos a entrevistar somente esse grupo, imaginado que seria o ideal, visto que o desmame precoce segundo a OMS é caracterizado pela interrupção do aleitamento materno ou a introdução de qualquer outro tipo de alimento diferente do leite materno durante os seis primeiros meses de vida da criança (BRASIL, 2001).

Para melhor compreendermos porque acontece o desmame precoce entre as mães atendidas no CPN, entre outras questões abordadas nessa pesquisa, é que optamos por realizar uma pesquisa qualitativa por meio do método etnográfico, que segundo Magnani (2002) é um método que não se confunde e nem se reduz a uma técnica, podendo usar ou servir-se de várias técnicas, conforme as circunstâncias de cada pesquisa, o mesmo considera esse método como sendo antes de tudo um modo de acercamento e apreensão do que um conjunto de procedimentos.

Muito embora a etnografia seja um método de pesquisa da área da

antropologia, ela é utilizada por pesquisadores de diversas áreas. Segundo Magnani (2002), a etnografia pode ser realizada em qualquer contexto desde que o pesquisador consiga tomar distância com relação a ele.

Depois de termos decidido qual seria o grupo participante, visto e revisto por diversas vezes o instrumento a ser utilizado, foi colocado numa pasta: os instrumentos, o diário de campo (um caderno pequeno para fazer anotações), caneta, lápis, borracha e gravador. A pasta foi batizada de “a pasta da pesquisa”.

No dia 15 de outubro de 2014 iniciamos as primeiras intervenções com as mães no âmbito do CPN. Primeiramente, a observação se estendeu por um dado momento, mantendo o olhar e o ouvir, atentos para tudo o que acontecia no espaço observado, buscando captar tudo o que fosse possível, assim como buscando a melhor forma de aproximação para com as futuras interlocutoras. A importância do olhar e do ouvir é ressaltada por Oliveira (1998, p. 17-18) ao declarar que o trabalho do pesquisador implica “o olhar, o ouvir e o escrever”, sendo que a teoria sensibiliza o olhar e o ouvir e orienta o escrever. Para este autor esses dois elementos “se completam e sevem para o pesquisador como duas muletas [...] que lhe permite caminhar, ainda que tropeçante, na estrada do conhecimento”.

Olhar e ouvir seriam atitudes que o pesquisador desenvolve estando no trabalho de campo, e que no primeiro movimento, o olhar, estaria orientado pelas escolhas que fizemos ao “arrumar as malas”. A relação entre esses dois movimentos (olhar e ouvir), conduz o trabalho do pesquisador na tarefa da pesquisa de campo (OLIVEIRA, 2006, p. 21).

Compartilhamos com Oliveira (1998, p.17-18) a ideia de que o olhar, o ouvir e o escrever são componentes indispensáveis para a realização de uma observação. Componentes estes utilizados nesta pesquisa durante toda a permanência no campo.

Quando as mães já haviam confirmado a consulta, e já estavam sentadas aguardando a sua vez, observávamos quais as mães com bebê que tinham aparentemente de zero a seis meses de idade. Destas, nos aproximávamos e lançávamos a seguinte pergunta: É o seu primeiro filho? Se a resposta fosse sim, lançávamos a pergunta seguinte: Que idade tem o seu bebê? Se essas duas

respostas fossem de acordo com a inclusão da pesquisa, então explicávamos para essa mãe de que se trata a pesquisa, líamos para ela o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e no caso de ela aceitar participar, esta era conduzida a uma sala ao lado do consultório em que estava aguardando atendimento.

Por exigência da resolução 1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, o presente estudo foi desenvolvido após a leitura do TCLE, formal e respeitando o direito da entrevistada e de seus familiares ao sigilo e autonomia. Foi utilizado dois TCLE diferentes, um exclusivo para as seis adolescentes, que foi assinado por seus responsáveis e outro que foi assinado pelas demais entrevistadas.

No termo foram relacionadas informações acerca da natureza e objetivo da pesquisa, em linguagem apropriada ao nível educacional da população alvo do estudo. O mesmo consta de duas vias, que foram assinadas e entregue uma para a entrevistada e a outra ficou com a entrevistadora.

Durante as observações foi escrito no diário de campo:

Enquanto observamos as nossas futuras interlocutoras, embora que discretamente, mesmo assim, somos percebidas por elas, e percebemos que também estamos sendo observadas. Na sala de espera neste momento está tranquila, nenhuma criança está chorando, uma mãe entrou no consultório e ficaram apenas duas mães aguardando atendimento. Uma o bebê é ainda um recém-nascido, não sabemos se já tem um mês de vida, o outro deve ter um pouco mais de um mês. Ficamos pensando qual delas deveríamos nos aproximar primeiro. Escolhemos a mais jovem, imaginamos “esta certamente deve ser primípara” (Diário de campo, 15/10/2014).

No caso desta futura interlocutora, ao nos dirigirmos a esta tivemos a certeza que a mesma preenchia todos os pré-requisitos para ser incluída na pesquisa. Era seu primeiro filho, este tinha menos de seis meses de vida e estava com a consulta marcada aguardando atendimento, mas infelizmente a mesma não concordou em participar desse estudo. Nesse momento, talvez, por ser a primeira mãe abordada, percebemos o quanto seria desafiador o trabalho de campo e que antes de tudo precisávamos estar bem preparadas para receber “não”. Foi preciso respirar fundo para seguir em frente.

Nos aproximamos da outra mãe, a esta foram feitas as duas perguntas

iniciais, suas respostas foram de acordo com a inclusão da pesquisa e, diferentemente da mãe anterior, esta aceitou participar da pesquisa, fato que nos deixou aliviadas. Quando terminou a entrevista com esta mãe, a outra mãe que estava dentro do consultório sendo atendida já havia ido embora, imaginamos que neste dia faríamos somente esta entrevista. Entretanto, às dez horas, chegou mais uma mãe com um bebê de menos de seis meses de idade. Após o acolhimento fomos ao seu encontro. Esta atendia todos os requisitos estabelecidos para a escolha dos sujeitos a participar desta pesquisa e a mesma aceitou ser entrevistada.

Neste dia, apesar de terem sido atendidas quatro crianças com menos de seis meses de vida, apenas duas entrevistas foram realizadas. Com isso, percebemos que era necessário dispor de mais tempo, chegar bem mais cedo, nos organizarmos para entrevistar primeiramente a mãe que fosse entrar no consultório primeiro e assim sucessivamente, seguindo de acordo com a ordem do atendimento dessas crianças. Dessa forma, a mãe seria entrevistada antes do atendimento, para que no momento em que a criança fosse chamada para ser atendida a mãe já tenha sido liberada. Isto, além de facilitar a coleta de dados, não prejudicaria o serviço da unidade de puericultura e nem tomaria o tempo dessas mães, pois seria muito inoportuno pedir a uma delas para conceder uma entrevista depois que a mesma já estivesse pronta para retornar a sua rotina diária.

Dessa forma a pesquisa foi sendo desenvolvida, todas as mães que aceitaram participar do estudo foram sendo entrevistadas dia após dia. Esta cena se repetiu durante dois meses, de segunda a sexta-feira no período da manhã. Para tanto foi utilizada uma sala onde ficavam somente a mãe com seu bebê e a pesquisadora, com o intuito de que a mãe ficasse à vontade para falar o que quisesse. Aconteceu que, no início da conversa algumas mães ficavam inibidas, talvez pelo fato da entrevista ser gravada, mas no desenrolar da entrevista, a maioria se desinibia e falava tranquilamente.

Durante esse processo de aproximação das mães, percebemos que o campo não está dado, ele vai singularizando-se, sendo moldado, processo esse que requer muita paciência por parte do pesquisador, que deve saber o momento certo de avançar, de recuar, de esperar, de fazer as alterações necessárias e de buscar outras formas de abordagens, quando essas se tornarem indispensáveis, devendo

ser criadas ou recriadas através da relação entre o pesquisador e seus interlocutores no decorrer do trabalho de campo.

O universo deste estudo foi composto por 65 mães de crianças acompanhadas na unidade de puericultura do CPN com consulta marcada no período de 15 de outubro a 15 de dezembro de 2014. Foi utilizado com critério de inclusão, apenas as mães de primeiro filho, sendo que este tenha de zero a seis meses de idade, e que esteja com consulta marcada no período da pesquisa. As entrevistas foram realizadas no período de 15 de outubro a 15 de dezembro de 2014.

Deste total de crianças marcadas (65) para atendimento na unidade de puericultura do CPN no período da pesquisa, 19 crianças tinham mais de seis meses de idade e, dentre as mães, 14 tinham mais de um filho. De acordo com os critérios de inclusão da pesquisa, apenas 32 mães poderiam participar. Porém, 05 faltaram a consulta, motivo pelo qual não foram abordadas e 04 não aceitaram participar da pesquisa, restando apenas 23 mães. Estas estavam dentro dos critérios de inclusão da pesquisa, estavam aguardando atendimento, aceitaram participar do estudo e por isso foram entrevistadas. Destas, 06 são adolescentes, sendo a mais jovem de 14 anos e a mais velha de 17 anos de idade.

Tínhamos a intenção de fazer visitas nos domicílios de todas as mães que foram entrevistadas, no intuito de observarmos mais de perto, para tentar dar conta do objetivo do estudo, assim como da subjetividade que cerca o contexto de vida dessas mães, daquelas palavras que não saem, simplesmente ficam nas entrelinhas, enfim, para melhor observarmos o universo que as permeiam. Segundo Ludke e André (1986), a observação é uma técnica que possibilita o contato direto e pessoal entre o pesquisador e o objeto de investigação, permitindo o acompanhamento destes e facilitando a compreensão dos significados que estes atribuem à sua realidade e às suas ações.

Mas nos deparamos com alguns desafios no caminho a ser trilhado, desafios estes que nos proporcionaram medo e descobertas, tendo em vista que uma das dificuldades enfrentadas para a realização dessas visitas referem-se a violência que existe no bairro Planalto Pici, local onde essas mães residem. Neste bairro existe uma disputa exacerbada entre alguns grupos que controlam áreas de

venda de drogas, onde frequentemente acontecem mortes por acerto de contas e por disputa de território, tornando perigosa a realização das visitas a essas mães. Essas questões restringiram um pouco a pesquisa. Por esse motivo foram visitadas apenas as seis mães adolescentes, sendo feita apenas uma visita a cada uma delas. Nesta ocasião aproveitou-se também para que sua mãe ou responsável assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os sujeitos da pesquisa são as mães das crianças acompanhadas na unidade de puericultura do CPN. Moram no Planalto Pici, bairro da periferia de Fortaleza, onde convivem frequentemente com problemas relacionados principalmente à pobreza e à violência. São jovens, mulheres, mãe pela primeira vez e a idade do filho é entre zero a seis meses de idade. A maioria é de negras ou pardas, pobres e moradoras de favela. A maior parte delas não desejava a gravidez, por isso a gravidez não foi planejada, mas nenhuma delas respondeu que teve vontade de interromper a gravidez, até mesmo aquelas que a família, amigas e até a própria mãe sugeriu a interrupção.

A pesquisa foi desenvolvida tanto no CPN, onde as mães realizaram o pré-natal e onde estão acompanhando seu bebê no serviço de puericultura, quanto na residência das seis mães adolescentes, todas residentes no bairro Planalto Pici. O CPN é uma unidade pertencente ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), localizado na área territorial do Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), dentro do Campus do Pici, da UFC, tendo a entrada principal com acesso à Rua Pernambuco, 1674 no bairro Planalto Pici.

Figura 1 - Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa (CPN)



Fonte: Arquivo pessoal

Este Centro não possui vínculo com a Prefeitura Municipal de Fortaleza ou Governo do Estado do Ceará, sendo uma unidade acadêmica ligada diretamente ao Departamento de Enfermagem da UFC.

Em 1998, o CPN foi criado a partir da implantação do Projeto de Humanização do Parto no Ceará, através do Projeto Luz, com base na portaria 985/99, publicada pelo Ministério da Saúde, que garante o direito ao parto humanizado a todas as mulheres. Em 2000, depois de firmado o convênio entre o Ministério da Saúde e a UFC, iniciou-se a implantação do CPN no Centro de Desenvolvimento Familiar da UFC, como resposta assistencial à comunidade ali estabelecida e pelo reconhecimento da importância do serviço humanizado às gestantes, bem como da oferta de uma assistência materno-infantil de qualidade.

Embora tenha o nome de Centro de Parto Natural Ligia Barros Costa é conhecido popularmente pelo nome de “Casa de Parto”. Desde a sua inauguração em 16 de outubro de 2003 vem realizando consultas de pré-natal, planejamento familiar, prevenção de câncer de colo uterino (PCCU) e acompanhamento do desenvolvimento da criança no serviço de puericultura. Porém até o momento não foi implementada a assistência direta à mulher no parto.

Esta unidade é utilizada como campo de prática para o curso de Graduação em Enfermagem da UFC, desenvolve atividades voltadas ao ensino, à pesquisa e à extensão. As consultas de pré-natal são realizadas por enfermeiros e acadêmicos de enfermagem, supervisionados por enfermeiros assistenciais e docentes do curso de Graduação em Enfermagem da UFC. Esta faz parte da Regional III do município de Fortaleza. Fazem parte dessa Regional, 16 Centros de Saúde da Família, sendo esta responsável pela prestação de serviços a aproximadamente 378 mil habitantes distribuídos em 17 bairros.

Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil possui na atualidade 25 Centros de Parto Normal (CPN), criados em 1999 pelo próprio Ministério da Saúde, com o intuito de atender parturientes e recém-nascidos de baixo risco.

As mulheres acompanhadas no CPN são exclusivamente aquelas incluídas nos critérios de gravidez de baixo risco, visto que, não se tem nessa instituição a presença de médicos. Porém, as mesmas são incentivadas a realizar

consultas com médico da Estratégia Saúde da Família na rede da atenção básica. Quando a gestante é classificada como de alto risco, esta é encaminhada a unidade especializada, para ser atendida por médico obstetra.

Durante o pré-natal as gestantes participam do curso de gestante onde são abordados diversos temas relacionados à gestação, a amamentação, aos cuidados com o binômio mãe-bebê, aos cuidados com a saúde bucal, com a nutrição adequada ao estado gestacional, entre outros. Após o parto as puérperas (mulher que pariu recentemente) são encaminhadas ao planejamento familiar, que contempla diversos meios contraceptivos, disponibilizados pela Regional III. Como também lhe é garantido o acompanhamento de sua criança no serviço de puericultura no mínimo até completar dois anos de idade, sendo que a mãe fica ciente que se for de sua vontade poderá continuar esse acompanhamento.

O puerpério inicia-se no momento em que cessa a interação hormonal entre o ovo e o organismo materno. Geralmente isto ocorre quando termina o descolamento da placenta, logo depois do nascimento do bebê, embora possa também ocorrer com a placenta ainda inserida, se houver morte do ovo e cessar a síntese de hormônios. É o nome dado à fase pós-parto, em que a mulher experimenta modificações físicas e psíquicas, tendendo a voltar ao estado que a caracterizava antes da gravidez (RICCI, 2008). O puerpério imediato inicia-se após a conclusão da dequitação (começa imediatamente após o nascimento do bebê e termina com a expulsão da placenta) e estende-se até o 10º dia, que corresponde à chamada crise genital, que prevalecem os fenômenos catabólicos e evolutivos das estruturas hiperatrofiadas ou hiperplasiadas pela gravidez, quando são mais frequentes e graves as complicações hemorrágicas e suas consequências (REZENDE; MONTENEGRO, 2005).

Em 2014, neste Centro foram acompanhadas 204 gestantes, com média de seis consultas por cada gestante, totalizando 1.391 consultas de pré-natal; 1.092 consultas de prevenção do câncer de colo uterino; 515 consultas de puericultura; 363 consultas de acompanhamento e planejamento familiar. No serviço de puericultura, atualmente constam 5.430 crianças cadastradas. Esse cadastro teve início desde a inauguração do serviço neste Centro. A maioria dessas crianças que foram cadastradas, atualmente são adultas e foram acompanhadas de zero a pelo

menos dois anos de idade. No ano de 2014 foram acompanhadas em média 150 crianças nesse serviço. Para as crianças de até um ano de idade, as consultas são mensais, já para as crianças com dois anos, de dois em dois meses e com mais de dois anos, essas consultas são marcadas de três em três meses.

No próximo item serão apresentadas as vinte e três entrevistas semiestruturadas, realizadas com as mães. Os relatos destas foram gravados, transcritos e organizados em ordem crescente, de acordo com a idade das mães.

5.2 AS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS NO ÂMBITO DO CPN

Figura 2 - Foto de crianças atendidas no CPN



Fonte: Arquivo pessoal

A entrevista é uma ferramenta bastante utilizada para a construção dos dados de uma pesquisa. É uma técnica fácil de ser conduzida, requer pouco tempo e esforço. Seu principal objetivo é buscar informações contidas nas falas dos sujeitos. Segundo Cruz Neto (1994) a entrevista pode ser de dois tipos: estruturada, quando esta segue um roteiro fixo de perguntas pré-estabelecidas; ou semiestruturada, quando contém um roteiro básico que não precisa ser seguido à risca.

Para esta pesquisa utilizamos um roteiro de entrevista semiestruturada, por considerarmos mais adequadas aos objetivos desse estudo. Nesta pesquisa a

intenção inicial era selecionar aleatoriamente dez entrevistas e analisá-las, mas devido à riqueza de informações encontradas, foi decidido demonstrá-las na sua totalidade.

Nos propomos a estabelecer com as mães uma relação de confiança e respeito, estando sempre atenta ao que as mesmas quisessem falar ou mostrar e não apenas o que queríamos ver e ouvir. Acreditamos que essa postura facilita a coleta de informações, tendo em vista a possibilidade de as mães se sentirem um pouco mais à vontade para falar de detalhes de suas vidas, mesmo que estes não estejam diretamente relacionados com os objetivos da pesquisa, uma vez que esses poderão ser importantes para a compreensão de pontos importantes.

Segundo Meinerz (2011, p. 486), a postura de saber ouvir não é apenas teórica ou metodológica, mas é também uma postura política, afetiva e ética do pesquisador. Ressaltando que a postura remete a concepção do pesquisador e do pesquisado como sujeitos em processo, biográfica e historicamente situados, capazes de se transformar ao longo da trajetória percorrida no estudo.

Além disso, a entrevista tem como vantagem permitir uma melhor compreensão dos significados, dos valores e das opiniões dos sujeitos a respeito de situações e vivências pessoais, assim como também, afirma Ludke e André (1986), que a entrevista possibilita a coleta imediata da informação desejada sobre os mais diversos temas, podendo permitir o aprofundamento de pontos levantados em outras técnicas de coleta de dados de alcance mais superficial.

Foram entrevistadas vinte e três mães, destas seis são adolescentes. As idades são reais, mas os nomes da mãe e da criança são fictícios, escolhidos pela própria mãe.

Na tentativa de trazer o máximo possível de elementos, para que o leitor possa melhor compreender as experiências dessas mães em relação à alimentação de sua criança é que vamos expor as experiências das vinte e três mães entrevistadas, sendo ordenadas por idade em ordem crescente.

A primeira mãe adolescente entrevistada tem quatorze anos e chama-se Carolina. A mesma deixou de frequentar a escola logo que engravidou e estava cursando o 5º ano do ensino fundamental, considera-se negra e tem união estável

há dois anos com um rapaz de dezessete anos que trabalha em um lava-jato. Sua gravidez não foi planejada e nem desejada, mas não sentiu vontade de interromper a gravidez e a mesma foi aceita por todos. Começou o acompanhamento do pré-natal com oito semanas, fez nove consultas, pariu a Ana Lia de parto cesariano, não colocaram a criança para mamar ao nascer, apenas a mostraram para a mãe. Passou dois dias internada, tempo suficiente para sua filha conseguir pegar o peito, que de início deu trabalho porque o bico do peito era muito pequeno, mas com a ajuda dos profissionais a criança conseguiu mamar. Usa chupeta desde que teve alta da maternidade e não recebeu visita domiciliar de nenhum profissional de saúde do programa de saúde da família (PSF).

A seguir apresentaremos as perguntas abertas transcritas com suas respectivas respostas. A letra “E” seguida de dois pontos (:) está representando a fala da entrevistadora e as demais letras em caixa alta seguidas também de dois pontos (:) estão representando as falas (respostas) de cada entrevistada. Estas letras são as iniciais do nome fictício da cada entrevistada.

E: O que você sabe sobre amamentação?

C: Eu sempre achei muito bonito uma criança mamano, mas antes de engravidar eu achava que leite de peito era fraco e num dava pra sustentar só com ele, mas as enfermeiras me disseram que parece fraco, mais é muito forte, elas me ensinaram mais um montão de coisas.

E: O que você aprendeu?

C: Aprendi que o leite do peito tem muita vitamina, tem água, que a criança tem que comer só o leite do peito até os seis meses e num é pa dar nem água pra ela.

E: Desde que a Ana Lia nasceu você está dando só leite do peito para ela se alimentar?

C: Eu tía intenção de dar pra ela só o leite do peito, mas cum três dia o bico do meu peito feriu, doía muito quando ela chupava, eu num aguentava, aí mia sogra comprou uma lata de NAN 1 e mandou eu dar de três em três horas até meu peito melhorar. Meu peito vei melhorar só depois de uma semana, aí eu comecei a butar ela no peito, mas pensa que ela ainda quis? Pelejei muito, aí a lata de NAN 1 acabou e num tinha dinheiro pa comprar outra, porque é muito caro, aí minha sogra mandô meu marido ir lá na bodega comprar arrozina e leite ninho, aí ela fez um mingau e a Ana Lia gostou e foi muito.

E: E no pré-natal não lhe explicaram o que fazer caso o bico do peito ferisse?

C: Eu num me lembro.

E: Mas, porque você não procurou atendimento com profissional de saúde?

C: Sabe, eu tava operada, minha casa é um bucado longe, num tinha como eu vim.

E: Você começou a dar o NAN1 para sua filha com quantos dias de nascida?

C: Cum quatro dias.

E: E o mingau foi com quantos dias de nascida?

C: Cum dez dias.

Ana Lia (a filha de Carolina, citada na entrevista) aceitou muito bem o mingau, mas teve alguns problemas de saúde, relata Carolina:

[...] quando eu comecei a dar mingau de arrozina com leite ninho pra ela, a bichã passou a ter muuinta espremedeira, chorava demais, muito mermo e só vivia com diarreia. Aí ela ficou cum febre alta e muito molinha, aí um cûncido nosso que tem moto me levou com a nenê lá na Tia Júlia, aí ela ficô internada. Milhorô depois de uns dias, aí fumo pra casa. Cum mais uns dias ela piorou de novo e ficou internada de novo. Da última vez que ela se internou tava gripada também. Depois que ela teve alta eu já tava melhor, aí eu trouxe ela pra cá, porque eu gosto muito das enfermeiras daqui, elas explicam muito bem e sabia que elas podiam ajudar. Eu vim e expliquei tudo pa enfermeira, aí ela olhou a nenê todinha, pesou, mediu e disse que ela tava abaixo do peso. Me ensinô um montão de coisas e disse pra eu ir tirano o mingau e tentano dar o peito. Aí eu prumeti a ela que ia pelejar, aí ela mandô eu voltar com uma semana (Carolina, 14 anos).

Segundo Carolina (mãe entrevistada), foi muito difícil fazer com que sua filha Ana Lia pegasse o peito novamente, mas seguiu as orientações da enfermeira. Sua filha ficou sendo acompanhada semanalmente para que fosse monitorado o peso, que, no momento da entrevista já com quatro meses e vinte e oito dias de vida, estava adequado para sua idade. Apesar das dificuldades ela tem visto melhoras e afirma que:

C: [...] eu to veno é osso. Ela ta butano um queixo pra num mamar! Mas agora eu tô dando só peito pra ela, como você tá veno, ela passa o tempo todo assim, chorumingano. Eu boto ela no peito, ela chupa um pouquinho, solta e chora, pega de novo, solta e chora e as vez ingúia. Mas as vez ela até que mama melhor. Pensei que ela ia emagrecer tirano o mingau, mas sabe ela fez foi aumentar o peso, eu acho ela até mais cheinha, num sei se é porque num teve mais diarreia e nem gripô. Mermo com toda essa dificuldade ela tá muito melhor.

E: E durante a noite como você faz para dormir?

C: Sabe, até que ela dorme bem de noite, eu num sei se é porque ela quase num dorme de dia, passa o tempo todo assim, deve ser porque se cansa e dorme.

Depois da entrevista com esta mãe sentimos necessidade de escrever no diário de campo sobre o que havíamos presenciado, pois ficamos inquietas sem saber o que fazer ou dizer para ajudar.

Carolina é a mesma mãe que estava esperando atendimento no dia 14/07/2014, e que todos ao redor ficaram incomodados com a cena daquela criança mamando e chorando. Naquela data Ana Lia tinha quase dois meses de vida e agora tem quatro meses e vinte e oito dias. O que mais nos intrigou desta vez foi presenciar essa mãe colocar a filha no peito e segurar a cabeça da criança para que a mesma não solte o peito. A criança não tem saída, fica chorando com o peito na boca até que resolve chupar. Não sabemos como ela consegue conviver com isso, ficamos impressionadas, até mesmo aflitas, sem saber o que fazer ou dizer. Ao perceber nossa inquietude, Carolina se justifica dizendo que está fazendo isso para bem da filha, pois segundo ela, antes sua filha tinha problemas de saúde tais como: diarreia, “espremedeira”, cólica e gripe muito constante, chegando a se internar algumas vezes com desidratação e febre muito alta (Diário de campo, 15/10/2014).

No que se refere à importância de ser mãe, Carolina afirma:

Acho muito importante ser mãe, sei lá, dobra os cuidados, a pessoa fica mais madura, pensa douto jeito, se num fosse ela eu já tia me separado do pai dela. Ele tava chegando muito tarde, aí a gente tava brigando muito, ele num tava nem ligando pra mim. Pensava em mim separar pra sair, mas agora eu penso diferente, num penso mais em ir pras festas, nem ligo mais, e aí agora ele tá até milhrôr, tá gostando tanto dessa menina, ele brinca é muito com ela.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

C: Significa tudo pra mim, é minha companheira, pra onde eu vô levo ela, num confio deixar ela cum ninguém.

E: Quais são seus projetos de vida?

C: Penso em voltar a estudar quando ela tiver maior e ter minha própria casa.

Ao perguntar se Carolina já tinha ouvido falar sobre política de incentivo ao aleitamento materno, ela respondeu que não, mas ao perguntar se ela já viu ou ouviu propagandas sobre esse tema ela disse que sim, tanto propaganda na TV como propaganda através de cartazes e folders.

A próxima entrevista transcrita é de Paula, tem 15 anos, é solteira e deixou de frequentar a escola nos últimos meses da gravidez, quando estava cursando o 9º ano do ensino fundamental. Considera-se parda, estava namorando e engravidou. O pai havia se comprometido a assumir, entretanto o relacionamento passou por dificuldades, motivo que os levou ao término. Há dois meses ela está

namorando outro rapaz. Sua gravidez não foi planejada e nem desejada, mas não teve vontade de interrompê-la, sendo esta aceita com facilidade. Começou o acompanhamento do pré-natal com dois meses, fez dez consultas, pariu a Maria Alice de parto normal, não colocaram a criança para mamar ao nascer, apenas a mostraram para a mãe. Passou três dias internada e durante esse tempo foi ajudada pelos profissionais de saúde, pois teve dificuldade para conseguir amamentar da forma correta. Recebeu visita domiciliar da agente de saúde do PSF, que observou a maneira como ela estava amamentando, deu orientações e mandou que marcasse o acompanhamento da criança. No dia da entrevista a criança estava com quatro meses e dois dias de vida e usava chupeta.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você aprendeu sobre amamentação?

P: Aprendi que a amamentação é muito importante pra a criança, que o leite é muito forte, tem muitas vitaminas e tudo que a criança precisa pra crescer forte e saudável e que a criança tem que mamar até os seis mês sem tumar nem água e nem chá.

E: Desde que a Maria Alice nasceu você está dando só leite do peito para ela se alimentar?

P: Não.

E: Com quanto tempo de vida você alimentou sua filha somente com leite materno?

P: Quase dois meses.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação da sua filha?

P: Eu dei de mamar pra ela até quase dois meses, mesmo achano que num sustentava ela, mais também eu preciso sair, num posso ficar com essa menina direto no meus peito.

E: E como você está alimentando sua filha?

P: Estou dando mingau de mucilon com leite ninho de três em três horas.

E: Você acha importante ser mãe?

P: Sim.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

P: Sei lá.

E: Quais são seus projetos de vida?

P: Nem sei.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

P: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

P: Sim.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

P: Sim.

E: Onde?

P: Aqui.

A entrevista seguinte foi com Janaina. Esta mãe tem 15 anos, vive em união estável, deixou de frequentar a escola logo que engravidou, pois sentia muito enjoo. Estava cursando o 5º ano do ensino fundamental, ela se considera negra, sua gravidez não foi planejada e nem desejada, mas não teve vontade de interrompê-la, sendo esta aceita por todos. Começou o acompanhamento do pré-natal com dois meses e fez seis consultas. Pariu o Gabriel de parto normal e não colocaram o bebê para mamar ao nascer, apenas lhe mostraram a pulseira no braço da sua criança com sua identificação. Passou uma semana internada porque seu bebê precisou tomar antibiótico por via endovenosa e durante esse tempo ela teve ajuda dos profissionais de saúde para conseguir colocar o filho para mamar da forma correta, apesar disso deu bastante trabalho para sua criança conseguir mamar. No terceiro dia depois da alta da maternidade, recebeu visita domiciliar da agente de saúde do PSF, que também lhe tirou algumas dúvidas. No dia da entrevista seu bebê estava com cinco meses de vida e não usava chupeta.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você sabe sobre amamentação?

J: Sei que leite de peito é muito forte, ajuda a criança a num ficar doente e ajuda no nascimento dos dentes.

E: Desde que o Gabriel nasceu você está dando só leite materno para ele se alimentar?

J: Tô.

E: Alguma vez você deu chá para o Gabriel?

J: Sim.

E: Porque você deu chá para ele?

J: Foi só quando ele era novinho, sentia cólica, aí minha mãe fazia chá de camomila pra ele.

E: E água você deu alguma vez para ele?

J: Eu só dô de tarde quando tá muito quente.

E: A enfermeira lhe falou que não é preciso dar água para ele?

J: Eh! ela diz, mas eu num acredito não, minha mãe diz que todo mundo precisa tomar água, nem que seja só um pouquinho.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação do seu filho?

J: Eu tô dano de mamar pro Gabriel toda vez que ele chora, tô dano só peito pra ele

E: Você acha importante ser mãe?

J: Acho.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

J: Significa muita coisa.

E: Quais são seus projetos de vida?

J: Eu num entendo dessas coisas não.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

J: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

J: Sim.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

J: Sim.

E: Onde?

J: Aqui e noutos lugar que eu num tô lembrada onde é.

A próxima entrevista é de Fabíola, que tem 16 anos, vive em união estável, deixou de frequentar a escola quando o filho nasceu e estava cursando o 5º ano do ensino fundamental. Considera-se parda, sua gravidez não foi planejada e nem desejada, mas não teve vontade de interrompê-la, sendo esta aceita por todos. Ela começou o acompanhamento do pré-natal com quatro meses e fez oito consultas. Segundo a mesma, não imaginava que estava grávida. Pariu o Johnatan de parto cesariano e não colocaram o bebê para mamar ao nascer, apenas lhe mostraram a criança. A mesma passou dois dias internada e durante esse tempo

teve ajuda dos profissionais de saúde para conseguir colocar o filho para mamar da forma correta. Deu um pouco de trabalho para a criança conseguir sugar o peito, mas conseguiu. Esta não recebeu visita domiciliar de nenhum profissional de saúde do PSF. No dia da entrevista a criança estava com cinco meses e vinte dias de vida e estava usando chupeta.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você sabe sobre amamentação?

F: As enfermeiras disseram pra mim que o leite do peito é forte, que sustenta, que é pra eu dar só o leite do peito, mais pra mim num deu certo não, ele chorava muito....

E: Desde que o Johnatan nasceu você está dando só leite materno para ele se alimentar?

F: Não.

E: Com quanto tempo de vida o Johnatan se alimentou só de leite materno?

F: Num sei muito bem, acho que uma semana.

E: Alguma vez você deu chá para o Johnatan?

F: Sim.

E: Porque você deu chá para ele?

F: Chorava demais.

E: E água você deu alguma vez para ele?

F: Sim, lá em casa é muito quente.

E: A enfermeira lhe falou que não é preciso dar água para ele?

F: Sim.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação do seu filho?

F: Eu to dano de mamar pro Johnatan, só que eu num aguento dar só peito pra ele, porque ele chora muito, quer mamar direto, aí me dar uma agonia.

E: Como você está fazendo para alimentar o Johnatan?

F: Quando ele acorda eu dô peito pra ele, mais tarde eu dô alguma coisa que aparecer, o que tiver pra comer eu dô pra ele, e dô peito também. Mais eu vô dar peito para ele até enquanto tiver leite, porque lá em casa as coisa tão muito difícil.

E: Você acha importante ser mãe?

F: Sim. Agente aprende mais.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

F: Sei lá.

E: Quais são seus projetos de vida?

F: Ter minha própria casa.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

F: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

F: Já.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

F: Já.

E: Onde?

F: Bem ali perto da porta da sala tem um cartaz na parede, duma mulher dando de mamar.

A próxima entrevista retrata as respostas de Josélia, que tem dezesseis anos, vive em união estável, deixou de frequentar a escola quando o filho nasceu, estava cursando o 7º ano do ensino fundamental e considera-se parda. Sua gravidez foi planejada e desejada, pois queria muito engravidar. Começou o acompanhamento do pré-natal com dois meses e fez nove consultas. Pariu o Pedro de parto normal e não colocaram o bebê para mamar ao nascer, apenas mostraram a criança para Josélia. Passou doze dias internada, porque Pedro nasceu de oito meses, com baixo peso e icterícia, ele ficou no oxigênio durante três dias e se alimentando por sonda durante sete dias, só no oitavo dia é que ela passou a colocar Pedro no peito. Durante esse tempo ela teve ajuda dos profissionais de saúde, primeiro para desmamar o peito, para que os profissionais alimentassem Pedro através da sonda e depois, quando a criança saiu do oxigênio para colocar o filho para mamar da forma correta. Teve dificuldade, mas apesar do trabalho, enfim conseguiu. Não recebeu visita domiciliar de nenhum profissional de saúde do PSF e no dia da entrevista sua criança estava com dois meses e vinte e oito dias de vida e estava usando chupeta.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você sabe sobre amamentação?

J: Nas consultas as enfermeiras sempre dizia pra mim que o leite do peito é muito forte, que sustenta, que é pra eu dar só o leite do peito, mais eu num acho não.

E: Porque?

J: Ah! Eu dô o peito pu Pedro, ele fica empurrano meu peito, quando tá com muita fome e eu num tenho mais nada pra dá pra ele, fico insistino, aí ele mama, chora, mama de novo até dormir.

E: O Pedro tinha quanto tempo de vida quando você começou a dar outros alimentos para ele?

J: Cum um mês mais ou menos eu tava dano mingau de cremogema cum itambé, mais agora eu tô dano mucilon cum leite ninho.

E: Porque você decidiu dar outros alimentos para ele?

J: Ah! Ele chorava demais, num tinha quem aguentasse, aí tudo mundo lá em casa achou melhor dar mingau logo pra ele.

E: Do que você aprendeu no pré-natal sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação do seu filho?

J: Eu tô dano mingau pu Pedro, mais eu também tô dano peito pra ele, e pretendo dar pelo menos até ele fazer seis mês, porque diz as enfermeiras que é muito importante pra ele, então eu faço assim: ele acorda muito cedo, fica chorano aí eu boto ele no peito, insisto até ele mamar e deixar eu durmir mais um pouquinho. Quando ele me acorda de novo eu faço um mingau pra ele, quando ele chora de novo eu dô peito pra ele, só vô dar mingau pra ele de tarde e lá pras dez horas da noite é que eu vô dar ôto mingau, porque também economiza o leite e o mucilon, que é muito caro e meu marido só ganha um salario.

E: Você acha importante ser mãe?

J: Acho. Sei lá a pessoa se sente importante, orgulhosa de ser mãe, e dar de mamar faz a pessoa se sentir mulher.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

J: Significa tudo, a coisa mais importante da minha vida foi ter tido ele. Foi eu quem cuidei dos meus seis irmãos e dum sobrinho, mais ele é diferente, saiu de dentro de mim.

E: Quais são seus projetos de vida?

J: Meus sonhos já foram realizados, tenho um esposo que me ama e ama meu filho, ele faz tudo por nós e nos ama muito.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

J: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

J: Sim.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

J: Sim.

E: Onde?

J: Aqui, lá no posto.

A próxima entrevistada é Gardênia, tem dezessete anos, é solteira, considera-se parda e concluiu o ensino fundamental. Viveu em união estável com o pai da criança durante um ano e oito meses, mas quando estava com cinco meses de gravidez o relacionamento teve fim e agora está namorando outro rapaz. Sua gravidez não foi planejada e nem desejada, mas não teve vontade de interrompê-la, sendo esta aceita por todos. Começou o acompanhamento do pré-natal com dois meses e fez dez consultas. Pariu o João Pedro de parto normal e não colocaram o bebê para mamar ao nascer, apenas encostaram o rosto da criança no rosto de Gardênia. Ela passou três dias internada e foi ajudada pelos profissionais de saúde a colocar a criança no peito e recebeu várias orientações sobre aleitamento materno. Deu muito trabalho para sair leite do peito e para conseguir amamentar corretamente. A mesma não recebe nenhum benefício do governo. Recebeu uma visita domiciliar da agente de saúde do PSF, quando o João Pedro estava com alguns dias de nascido. No dia da entrevista a criança estava com quatro meses e dois dias de vida e estava usando chupeta.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você sabe sobre amamentação?

G: Eh! dizem que é muito importante, que é forte, que a criança tem que mamar pelo menos até os seis meses.

E: Desde que o João Pedro nasceu você está dando só leite materno para ele se alimentar?

G: Não.

E: Com quanto tempo de vida o João Pedro se alimentou só de leite materno?

G: Quase dois meses.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação do seu filho?

G: Eu dei mama pra ele até quase dois meses, mesmo achando meu leite fraco e pouco, e ele nem gostava muito e também eu preciso sair, não posso ficar direto com esse menino empenurado nos meus peitos não. Eu nem queria dar de mamar, com medo de ficar com os peitos mole e caído, mais pensei bem e fiz um esforço, ainda dei foi muito tempo!

E: E como você está alimentando seu filho?

G: Estou dando mingau de mucilon com leite ninho de três em três horas.

E: Você acha importante ser mãe?

G: Sim.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

G: Sei lá, tanta coisa, coisa boa, coisa ruim. Só sei que me atrapalha muito, num posso farriar nem um diazinho sequer! Porque ninguém quer ficar com ele. Lá em casa mora um montão de gente, mais ninguém quer me ajudar a cuidar dele.

E: Quais são seus projetos de vida?

G: Nem eu sei.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

G: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

G: Já.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

G: Já.

E: Onde?

G: Aqui, nos postos de saúde, lá na maternidade.

Outra entrevistada foi Sandra, tem vinte anos, concluiu o 7º ano do ensino fundamental, considera-se parda e sempre trabalhou apenas no serviço doméstico de sua casa. Vive em união estável com o pai da criança há sete anos, mora na casa da sogra com mais seis pessoas, que são: seu bebê, o companheiro, duas filhas do companheiro de outro relacionamento dele, a sogra e um cunhado. A casa em que moram é própria e entre os moradores desta casa, só quem trabalha é o companheiro, a sogra e o cunhado, cada um ganha um salário mínimo e não recebem nenhum benefício do governo. Sua gravidez foi desejada e planejada. Começou o acompanhamento do pré-natal com dois meses e fez sete consultas. Pariu o Isaías de parto cesariano e colocaram o bebê para mamar logo que nasceu, mas ele não mamou. Passou quatro dias internada, porque a criança nasceu com língua presa, mas Sandra não aceitou que fosse feita a pequena-cirurgia, sendo então dada alta hospitalar. A mesma foi ajudada pelos profissionais de saúde para colocar a criança no peito, mas foi muito difícil fazer com que a criança conseguisse mamar, sendo que no segundo dia ela conseguiu. Recebeu uma visita domiciliar da agente de saúde do PSF, quando o Isaías estava com dez dias de nascido. No dia da entrevista a criança estava com um mês e dezessete dias de vida e não estava usando chupeta.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você sabe sobre amamentação?

S: Sei que o leite materno é muito bom pra criança, que só faz bem, que é prático, não dar trabalho, levo ele pra todo canto e num dar trabalho, levo só frauda, lenço e roupa. É uma beleza, num preciso acordar de madrugada e ir pro fogão.

E: Desde que o Isaías nasceu você está dando só leite materno para ele se alimentar?

S: Sim.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação do seu filho?

S: Eu aprendi muita coisa, e tô veno na prática, que meu leite é forte, que sustenta meu filho, que traz saúde e que faz bem pra nós lá de casa também, porque agente economiza o dinheiro da alimentação dele. Vou dar só leite de peito pra ele. Quando ele fizer seis mês eu vô dar suco, fruta, sopinha, mas leite, só do peito.

E: Como você está dando o leite materno para ele?

S: Eu dô na hora que ele quer, chorô, coloco logo no peito, mas ele é bem bonzinho, dorme muito, passa mais de hora pra se acordar, acordar mama e dorme de novo.

E: Você acha importante ser mãe?

S: Sim. Ave Maria! Eu e ele queria muito um filho, foi Deus que mandô.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

S: É tudo na minha vida.

E: Quais são seus projetos de vida?

S: Agora é só cuidar do meu filho.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

S: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

S: Já, sim.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

S: Já.

E: Onde?

S: Aqui, lá na maternidade.

A entrevistada seguinte foi Valéria de vinte anos, que deixou os estudos antes de terminar o 8º ano do ensino fundamental. É solteira, mas já teve união

estável duas vezes, com companheiros diferentes. Com o primeiro companheiro passou três anos e não engravidou, mas com o segundo engravidou em seis meses. Quando ele soube, terminou o relacionamento e não se viram mais, sua mãe também não aceitou a gravidez, mandou que ela tomasse remédio para interromper a gravidez, mas Valéria preferiu ter a criança. Começou a ser acompanhada no pré-natal só com cinco meses, porque não conseguia aceitar o fato e fez seis consultas de pré-natal. Ela é manicure, trabalha na sua própria casa e ganha em média um salário mínimo. Sua residência é própria e moram com ela: sua filha, sua mãe e sua irmã. Só quem trabalha nessa casa é Valéria e sua mãe recebe bolsa família da sua irmã de onze anos. Considera-se negra, sua filha se chama Lyandra e no dia da entrevista a bebê estava com dois meses e três dias de vida. Lyandra não usa chupeta e nasceu de parto normal, esta não foi colocada no peito ao nascer. Passou três dias internada e foi ajudada pelos profissionais de saúde a colocar a criança no peito, mas foi muito difícil fazer com que ela conseguisse mamar, sendo que no segundo dia conseguiu. A mesma não recebeu visita domiciliar de profissionais de saúde do PSF.

Suas respostas às perguntas abertas foram:

E: O que você sabe sobre amamentação?

V: Sei que o leite materno é muito forte e que o certo é dá só leite de peito pa criança.

E: Você está alimentando sua filha somente com leite materno desde que ela nasceu?

V: Não.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação da sua filha?

V: Quando ela nasceu foi muito difícil conseguir butar ela pra mamar, achei foi bom passar quatro dias lá na maternidade, porque as pessoas lá eram bem boazinhas e me ajudaram muito ... até eu conseguir. Quando eu tive alta, ela já tava pegano o peito bem direitinho [...] se eu tivesse levado ela pra casa antes de conseguir fazer ela mamar eu tinha me dizisperado e dado logo outo leite pra ela [...]. Fiquei fazeno as coisa pra ela do jeito que as enfermeira me ensinarum, fiquei dano só peito pra ela, num dava nem água não, com um mês ela tava bem gordinha, levei ela pa consulta a enfermeira diz que ela tava ótima, até hoje o única coisa que ela teve foi gripe, porque pegou da minha irmã [...] mas quando tava com uns quarenta dias que ela nasceu eu arrumei umas clientes que queriam que eu fosse fazer as unhas lá na casa delas, fiquei morta de pena, mas preciso de dinheiro, lá em casa só quem trabalha sou eu e num tava apariceno cliente lá em casa, aí minha mãe ficô com ela e fez mingau de maizena com leite ninho bem fraquinho, ela gostô e nem sentiu nada. Quando eu cheguei ela

tava morta de fome, mamou até dormir. Depois desse dia eu faço unha lá em casa e nas casas das clientes também. Quando eu demoro minha mãe, que queria que eu abortasse, agora é um xodó danado com a Lyandra, faz um mingau e dar pra ela, mais eu fico mais é em casa e ela mama de instante em instante, num passa nem uma hora e já tá chorano de novo [...] tenho muito leite e ela mama muito, muito mermo [...] ela tomou mingau poucas vezes, só toma quando é preciso.

Ao perguntar para Valéria se ela já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação, a mesma respondeu que não, mas ao perguntar se ela já viu ou ouviu alguma propaganda sobre esse tema ela disse que sim, tanto propaganda na TV como propaganda através de cartazes e folders.

A próxima entrevistada foi Ana Cristina, que tem vinte anos e parou de estudar no 1º ano do ensino médio. Ela considera-se negra, sempre trabalhou apenas no serviço doméstico de sua casa, seu companheiro trabalha e ganha quase um salário mínimo e não recebem nenhum benefício do governo, vive em união estável com o pai da criança há quase dois anos, mora em casa própria somente com o companheiro e sua filha. Sua gravidez foi desejada e planejada. Começou o acompanhamento do pré-natal com dois meses e fez mais de dez consultas. Pariu a Ana Cecília de parto cesariano e os profissionais de saúde colocaram a bebê para mamar logo que nasceu, mas não teve êxito. Passou três dias internada e foi ajudada pelos profissionais de saúde a colocar a criança no peito, mesmo assim, achou muito difícil fazer com que a bebê conseguisse mamar, chegando a imaginar que não ia conseguir, não obstante, no terceiro dia a criança obteve êxito. Recebeu uma visita domiciliar da agente de saúde do PSF, quando a Ana Cecília estava com quinze dias de nascida. No dia da entrevista a criança estava com quatro meses e dois dias de vida e não usava chupeta.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você sabe sobre amamentação?

AC: Que o leite materno é muito importante para a criança, que tem muitos benefícios, tanto pra criança quanto pra mãe, que é aparentemente fraco, mas não é. Que a mãe tem de dar somente o leite do peito até os seis mês e não precisa dar nem água pra criança.

E: Desde que a Ana Cecília nasceu você está dando só leite materno para ela se alimentar?

AC: Sim.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação da

sua filha?

AC: Nas primeiras vezes foi muito difícil, tive muita dificuldade! eu pensava que era só butar no peito e pronto! Mais num é assim não! parece ser a coisa mais fácil do mundo, mais num é não! [...]. Eu queria muito dar de mamar pra minha filha, e as pessoas que trabalham lá na Maternidade Escola ensinando agente a dar de mamar são muito pacientes, deixa a gente bem tranquila, aí a gente fica insistindo, até conseguir. Lá na maternidade a enfermeira diz pra gente insistir, porque eles lá, não dão alimentação pras crianças, a mãe tem de dar um jeito pra sair leite do peito, e também dizem que só sai de alta depois que a criança pegar o peito e mamar mesmo. [...] quando eu fui pra casa deu trabalho, mais foi pouco, só nos primeiros dias, depois eu “tirei de letra”, fiquei dando o peito pra ela toda vez que ela chorava. Agora que ela tá maiorzinha num mama mais de instante instante não. Eu tenho muito leite, ela seca os dois peitos, dorme e só depois de umas três horas é que ela acorda e mama de novo.

E: Você acha importante ser mãe?

AC: Muito.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

AC: Tudo na vida. Fico imaginando, como é que uma coisinha tão pequena pode trazer tanta alegria.

E: Quais são seus projetos de vida?

AC: Trabalhar, só quando ela tiver maior, para dar uma vida melhor para ela.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

AC: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

AC: Vi.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

AC: Sim.

E: Onde?

AC: Na maternidade, aqui também tem. Já me deram aqui umas coisas falando sobre amamentação.

A entrevistada seguinte foi Juliana de vinte anos, que parou de estudar no 7º ano do ensino fundamental. Ela considera-se parda, usa um tom de vermelho muito extravagante no cabelo, tem *piercing* no nariz e várias tatuagens de diversos tamanhos nos braços, pernas e pescoço. Nunca trabalhou, nem mesmo no serviço doméstico de sua casa, seu companheiro trabalha e ganha um salário mínimo e não recebem nenhum benefício do governo. Mora em casa própria em companhia da avó, do companheiro e sua filha. Sua gravidez não foi planejada e nem desejada,

mas não teve vontade de interrompê-la, apesar da sua mãe querer que a mesma a interrompesse, por imaginar que o pai da criança não ia assumir. Entretanto, quando a criança nasceu, o pai resolveu ir morar com a mesma na casa da avó dela. Não fez acompanhamento do pré-natal, procurou o CPN quando já estava faltando menos de uma semana para parir. Pariu a Mônica de parto normal, onde sem êxito tentaram colocar a bebê para mamar logo que nasceu. Passou cinco dias internada e foi ajudada pelos profissionais de saúde para colocar a criança no peito, teve dificuldade, conseguindo mamar somente no quarto dia. Não recebeu visita domiciliar dos profissionais de saúde do PSF. No dia da entrevista a criança estava com cinco meses e dois dias de vida e não usava chupeta.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você sabe sobre amamentação?

J: Eu num entendo dessas coisa não, eu dô peito pra ela porque a vovó num deixa meu marido comprar leite pra nenê

E: Desde que a Mônica nasceu você está dando só leite materno para ela se alimentar?

J: Não.

E: Com quanto tempo de vida a Mônica se alimentou só de leite materno?

J: Num me lembro, acho que talvez uns dez dias, sei lá.

E: Alguma vez você deu chá para a Mônica?

J: Não.

E: E o que você deu para ela com tão pouco tempo de vida?

J: Ah! Já dei muita coisa.

E: Que tipo de coisa?

J: Qualquer coisa que eu tiver comeno, quando ela era menor eu dava só líquido, tipo suco, refrigerante, café, cerveja, ela faz uma careta bem legal, quando eu dô cerveja pra ela. Agora que ela já tá grande, forte, eu dô biscoito, comida de panela. Mas a vovó nem sonha, as vez ela desconfia, aí briga comigo, depois passa.

E: Mas normalmente com você alimenta a Mônica?

J: Quando ela se acorda de manhã, eu boto ela no peito, ela mama e a gente dorme de novo, quando ela chora de novo eu boto no peito, aí ela mama e a gente dorme de novo, porque eu só consigo me levantar depois de mei-dia, aí eu vô almoçar, depois nós vamo assistir televisão e fico sempre com ela na minha cama, porque de vez em quando ela levanta minha blusa e mama, aí quando é de tardezinha eu banho ela e a gente vai passear com minhas amigas, por lá ela mama, come o que aparecer, aí quando dá umas sete hora da noite nós vamo pra casa esperar meu marido chegar, aí ela mama as vez que quer, aí lá pras dez hora a gente vai dormir

e pronto. [...] Eu dô peito pra ela a maioria das vez, mas quando mia vô num tá por perto eu dô suco, fruta, o que eu tiver comendo eu dô a ela, mais na frente da vovó eu dô só peito porque ela se zanga comigo. Quer que eu fique toda hora com essa menina atracada nos meus peitos.

E: Você acha importante ser mãe?

J: Lá sei, acho que é.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

J: Nei sei, as veze eu acho bom, mas atrapalha muito, quero sair mas num posso, pra onde ir tem que levar esse “trambei”.

E: Quais são seus projetos de vida?

J: Nada. Eu num tenho nem coragem pá fazer nada.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

J: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

J: Vi.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

J: Vi.

E: Onde?

J: Num me lembro aonde não, mas já vi num monte de lugar.

Depois da entrevista com esta mãe sentimos necessidade de sair um pouco da sala, parar um pouco, fazer um lanche ou quem sabe deixar as entrevistas para o outro dia. Então demos uma volta ao redor do CPN e voltamos para sala não mais para entrevistar, mas para escrever no diário de campo, sobre o que havíamos visto e escutado, pois ficamos muito inquietas e sem saber o que pensar.

A Juliana veio acompanhada da avó, uma senhora simples, mas muito cuidadosa com a criança e parecia muito preocupada com a maneira como a neta se comportava, ficava chamando ela de lado, falando baixinho, mas se percebia o ar de reprovação da avó. Quando chamamos Jeane para entrar na sala para entrevista, a avó perguntou se podia entrar também. Conversamos com a avó, explicamos para ela os objetivos desta pesquisa e falamos que gostaríamos de conversar em particular com a neta dela. Ela entendeu, e disse que tudo bem e nos falou: “Olha essa menina tem me dado muita dor de cabeça, só Deus sabe, se mete em cada encrenca, a mãe dela num quer nem que ela ande lá na casa dela, eu tô com ela lá em casa porque tenho pena da criança. Ela tá “junta” com o pai dessa menina, mais num sei até quando, só vivem brigano, deixei eles ficarem lá em casa porque a mãe dela num quer e nem a mãe do rapaz. Olha! se num fosse por mim essa criança num tinha vindo pá nenhuma consulta e nem ia ter mamado, mas eu obrigo ela dar de mamar, ela num faz nada na vida, tem pelo menos que dar de mamar pra menina (Diário de campo, 26/11/2014).

A próxima entrevistada foi Carol, de vinte anos e que está cursando o 3º ano do ensino médio. Ela considera-se parda, têm os cabelos mechados e uma pequena tatuagem no pescoço em forma de coração, sua criança é um menino de dois meses e cinco dias de vida, chama-se Anthony e não usa chupeta. Vive em união estável há um ano, o companheiro trabalha e ganha um salário mínimo e os mesmos não recebem nenhum benefício do governo. Vive em casa própria somente com o companheiro e o filho. Sua gravidez não foi desejada e nem planejada. O companheiro queria, mas Carol só queria quando terminasse o ensino médio, mesmo assim ela não quis interromper, aceitando essa nova fase da vida. Começou o acompanhamento do pré-natal com três meses e fez mais de dez consultas. Seu parto foi normal, onde com êxito colocaram o bebê para mamar logo que nasceu sem que ele precisasse de ajuda. Passou dois dias internada e não recebeu visita domiciliar de profissionais de saúde do PSF.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você aprendeu sobre amamentação?

C: Aprendi que é muito importante para a criança e para a mãe, que o leite é muito forte e que a criança tem que mamar até os seis meses de vida. A mãe não deve dar nem mesmo água ou chá.

E: Desde que o Anthony nasceu você está dando só leite do peito para ela se alimentar?

C: Não.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação do seu filho?

C: Olha! Até ele completar um mês, eu dei só leite do peito, mas eu precisava voltar a estudar, então, na primeira semana eu tirava o leite do peito e deixava para minha mãe dar pra ele, mas é muito trabalhoso e às vezes não dava tempo, demorava a tirar o leite, aí eu resolvi comprar NAN1 e dar pra ele. Eu saio de casa 06:30hs, antes de sair eu deixo ele mamar bem muito até ele não querer mais, aí quando ele chora a mamãe faz NAN1 pra ele, durante o período que eu passo fora normalmente ela dar duas vezes leite pra ele. O restante do dia ele mama, só mama mesmo.

E: Você acha importante ser mãe?

C: Acho muito importante. É uma fase da vida.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

C: Ele é minha vida, amo mais do que tudo na vida. Quando eu soube que estava grávida fiquei muito chateada, mas depois que ele começou a se mexer dentro da minha barriga, aí foi que caiu a ficha.

E: Quais são seus projetos de vida?

C: Fazer uma faculdade, conseguir um bom emprego para dar o melhor pro meu filho.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

C: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

C: Sim.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

C: Sim.

E: Onde?

C: Aqui, lá na maternidade.

A entrevistada seguinte foi Samara de vinte e um ano e que concluiu o 6º ano do ensino fundamental. Ela considera-se negra, sua criança é um menino de três meses e vinte dias de vida, chama-se Pedro e não usa chupeta. Samara não trabalha, mas ajuda em casa nas tarefas domésticas, é solteira, a casa que mora com o filho é própria e nesta moram também: sua mãe, padrasto e seu irmão. Todos trabalham, cada um ganha um salário mínimo e não recebem nenhum benefício do governo. Samara namorava com um rapaz mais velho do que ela apenas um ano, este mantinha uma relação também com outra mulher. Esse trio amoroso teve início na mesma época, e vinham a cinco anos mantendo relações amorosas normalmente, sendo que Samara sempre foi a “outra”, ou seja, Samara não conhecia a família dele e nem sabia onde ele morava. Já a outra namorada frequentava a casa dele e todos da família dele aprovavam o relacionamento, sem nunca imaginarem que ele mantinha outro relacionamento paralelo. Quando Samara falou para ele que estava grávida, o mesmo disse que não era dele, foi embora e nunca mais deu notícia, ainda assim a mesma não procurou interromper a gravidez. Ela não sabe em qual o bairro que ele mora, não tem nenhum contato telefônico e não sabe sequer se ele trabalha ou o que ele faz da vida. Quanto a sua família, lhe deram todo apoio. Aos nove meses de grávida conheceu outro rapaz, com o qual está namorando e o mesmo irá registrar Pedro como filho. Esta concordou, já que este rapaz quer assumir a criança e ela não tem como se comunicar com o pai biológico de Pedro. Começou o acompanhamento do pré-natal com dois meses e fez mais de dez consultas. Seu parto foi cesariano, teve eclampsia, ficou sondada e

passou dez dias internada, não colocaram o bebê para mamar ao nascer, apenas mostraram a criança para a mãe. Recebeu ajuda dos profissionais de saúde para amamentar da forma correta, teve dificuldades, mas conseguiu. Recebeu visita domiciliar da agente de saúde do PSF no terceiro dia após ter recebido alta hospitalar.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você aprendeu sobre amamentação?

S: Aprendi um bucado de coisa, que faz muito bem pra criança, que o leite é muito forte e que a criança tem que mamar toda vez que quiser.

E: Desde que o Pedro nasceu você está dando só leite do peito para ele se alimentar?

S: Sim.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação do seu filho?

S: Eu dô de mamar pro Pedro na hora que ele quer, assim que ele chora, coloco logo ele no peito, mama direto, de hora em hora mais ou menos ele chora aí eu dô de mamar pra ele, nunca dei nada, nem mermo água, nem chá.

E: Você acha importante ser mãe?

S: Acho.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

S: Tudo. Todo dia eu agradeço a Deus, por ter colocado ele na minha vida. Porque depois que eu engravidei me acalmei, me tornei mais humilde, deixei as amizades que não prestam. Ele me fez ver tudo diferente.

E: Quais são seus projetos de vida?

S: Voltar a estudar, fazer curso de costureira e trabalhar pra dar o melhor pro meu filho.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

S: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

S: Sim.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

S: Sim.

E: Onde?

S: Aqui, na maternidade, lá no posto.

A próxima entrevistada foi Joana de vinte e um anos, que concluiu o 1º ano do ensino médio. Considera-se parda, sua criança é uma menina de cinco meses de vida chamada Raissa, que usa chupeta. É casada, mora em casa alugada com o esposo e a filha. Trabalha em uma confecção de familiares, das 8hs às 17hs, onde recebe um salário mínimo e não tem carteira assinada. Entrou em acordo com sua patroa, para não trabalhar durante a gravidez e voltar a trabalhar só quando sua filha completasse quatro meses, sendo que durante esse período ela não recebia renumeração. Seu esposo trabalha com vendas e ganha um salário mínimo. Não recebem nenhum benefício do governo. Sua gravidez não foi planejada e nem desejada, mas não teve a intenção de interrompê-la, sendo aceita por todos. Começou o acompanhamento do pré-natal com dois meses e fez onze consultas. Seu parto foi cesariano e passou três dias internada, não colocaram o bebê para mamar após o nascimento, apenas mostraram a criança para ela. Teve ajuda dos profissionais de saúde para alimentar sua criança no seio, devido à dificuldade que teve para conseguir. Não recebeu visita domiciliar de profissionais de saúde do PSF.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você aprendeu sobre amamentação?

J: Sei que amamentação é importante pra mãe e pro filho principalmente. Que se a mãe puder deve dar somente leite do peito.

E: Desde que a Raissa nasceu você está dando só leite do peito para ela se alimentar?

J: Não.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação da sua filha?

J: Eu sei que num é certo dar chá, mais eu dei, mais foi só quando ela era bem novinha, porque ela tava com cólica e minha mãe mandô eu dar. Minha mãe tem experiência, por isso tudo que ela manda eu fazer, eu faço. Quando ela completou três meses eu comecei a dar mingau pra ela de leite ninho e maizena, pra ela ir se acostumando, agora que eu tô trabalhando, ela mama antes de sair, come fruta, toma suco, toma mingau e sopinha e de noite mama o tanto que ela quer.

E: Você acha importante ser mãe?

J: Acho. Você vê tudo que sua mãe passou por você. Também você muda demais por causa dum filho.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

J: Tudo na minha vida.

E: Quais são seus projetos de vida?

J: Trabalhar pra poder dar tudo o que ela precisa, dar uma vida boa pra ela.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

J: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

J: Sim.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

J: Sim.

E: Onde?

J: Aqui.

A próxima entrevistada foi Dara que tem vinte e um ano e é casada. Considera-se negra, parou de estudar no 1º ano do ensino médio, tem uma tatuagem grande no antebraço com o nome de um homem, mora em casa alugada juntamente com o esposo, sua filha e uma irmã. É autônoma, trabalha com vendas, ganha aproximadamente um salário mínimo. Seu esposo trabalhava informalmente em uma empresa especializada em cavar poço artesiano, entretanto, devido a problemas nos equipamentos, o mesmo está sem trabalhar. A irmã de Dara trabalha, ganha um salário mínimo e eles não recebem nenhum benefício do governo. Sua criança é uma menina de três meses e um dia de vida, chama-se Ana Lara e usa chupeta. A gravidez foi desejada e planejada, mas não imaginavam que o esposo iria ficar sem trabalho, mesmo assim ficaram felizes com a gravidez, pois estavam há cinco anos casados e não tinham filhos. Começou o acompanhamento do pré-natal somente no quinto mês de gestação, porque não conseguia vaga nos postos de saúde, sendo levada por uma vizinha para conhecer o CPN. Neste fez o acompanhamento do pré-natal comparecendo a seis consultas. Seu parto foi cesariano e passou três dias internada. O bebê não foi colocado para mamar após o nascimento, apenas mostraram a criança para ela. Foi ajudada pelos profissionais de saúde para amamentar sua criança, que só conseguiu mamar no segundo dia de vida. Não recebeu visita domiciliar de profissionais de saúde do PSF.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você aprendeu sobre amamentação?

D: Que a amamentação é importante, que o leite é forte, que a mãe tem que dar só leite de peito até os seis mês.

E: Desde que a Ana Lara nasceu você está dando só leite do peito para ela se alimentar?

D: Não.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação da sua filha?

D: Eu, se não precisasse trabalhar ia dar só peito pra ela, mas meu marido está sem trabalho, então eu tive de voltar a trabalhar o quanto antes. Com quinze dias de resguardo eu resolvi voltar a trabalhar. Meu marido cuida dela bem direitinho. Então, minha mãe ensinou pra gente fazer mingau de nestogeno e maizena de três em três horas. Aí antes de sair eu deixo ela mamar até não querer mais, quando eu chego dou peito pra ela e a noite eu dô só peito. Vou dar de mamar até ela não querer mais.

E: Você acha importante ser mãe?

D: Acho sim.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

D: Significa muita coisa. Só em imaginar que passei nove meses com essa coisinha dentro de mim. Uma vida, um coração batendo.

E: Quais são seus projetos de vida?

D: Trabalhar pra dar um futuro melhor pra minha filha.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

D: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

D: Sim.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

D: Sim.

E: Onde?

D: Nas paredes da recepção tem.

A entrevistada seguinte foi Joaquina de vinte e um ano, que concluiu o ensino médio. Considera-se parda, tem várias tatuagens nos braços, pernas e pescoço, vive em união estável há três anos, mora em casa própria, juntamente com seu esposo, sua filha, sua mãe, o namorado de sua mãe, tio, dois irmãos e um filho do namorado da mãe, num total de nove pessoas. É autônoma, trabalha de manicure, ganha mais ou menos um salário mínimo. Em sua casa, três pessoas trabalham e cada uma ganha um salário mínimo e não recebem auxílio do governo.

Sua criança é uma menina de um mês e vinte e cinco dias de vida, chama-se Emília e usa chupeta. Sua gravidez não foi desejada e nem planejada, mas não teve intenção de interrompê-la, sendo aceita por todos. Começou o acompanhamento do pré-natal somente no quinto mês de gestação, porque não sabia que estava grávida. Fez seis consultas, seu parto foi cesariano e passou três dias internada, não colocaram a bebê para mamar após o nascimento, apenas mostraram a criança para a mãe. Foi ajudada pelos profissionais de saúde para colocar a criança no peito, que só conseguiu mamar no terceiro dia de vida. Não recebeu visita domiciliar de profissionais de saúde do PSF.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você aprendeu sobre amamentação?

J: Que a amamentação é a melhor forma de alimentar uma criança.

E: Desde que a Emília nasceu você está dando só leite do peito para ela se alimentar?

J: Não.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação da sua filha?

J: Tenho muitas clientes que querem que vá fazer as unhas delas lá na casa delas, então com uns quinze dias eu comecei a ir fazer unha lá na casa delas [...], eu não posso perder minhas clientes, então, quando eu saio minha mãe dar um suco ou um chazinho pra ela, mais quando a casa da cliente é perto minha mãe leva a nenê pra mamar, mas o tempo que eu estou em casa eu dou somente peito pra ela. E, eu pretendo dar de mamar até ela aceitar, porque leite é caro, quando ela completar seis meses, eu vou dar suco, frutinha, sopinha, mas leite, só do peito!

E: Você acha importante ser mãe?

J: Sim. A mulher amadurece muito! E o pai também.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

J: Ah! Tanta coisa! Sabe, essa menina veio pra mudar agente mesmo! Agente, eu e o pai dela, a gente tinha uns pensamentos errado, fazia um monte de coisa errada, agente amadureceu e mudou mesmo. Se num fosse ela agente estava fazendo muita besteira na vida.

E: Quais são seus projetos de vida?

J: Fazer uma faculdade, conseguir um trabalho melhor e ir morar na minha própria casa.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

J: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

J: Sim.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

J: Sim.

E: Onde?

J: Ah! Eu vejo em muitos lugares, tipo: hospital, posto de saúde.

A próxima entrevistada foi Lucia de vinte e dois anos, que parou de estudar no 6º ano do ensino fundamental. Considera-se parda, vive em união estável há dois anos, mora em casa própria, juntamente com o companheiro, seu bebê e o sogro. Todos trabalham, cada um ganha um salário mínimo e não recebem nenhum benefício do governo. É auxiliar de costureira, não possui carteira assinada. Trabalhou até o quinto mês da gestação, saiu porque estava sem condições físicas, retornando ao trabalho quando sua filha estava com três meses de vida e ganha um salário mínimo. Sua criança é uma menina de quatro meses e doze dias de vida, chama-se Pâmela e usa chupeta. Sua gravidez não foi desejada e nem planejada, mas não teve intenção de interrompê-la, sendo aceita por todos. Não recebeu visita domiciliar de profissionais de saúde do PSF. Começou o acompanhamento do pré-natal com dois meses. Fez nove consultas, seu parto foi normal e passou quatro dias internada. Logo ao nascer, colocaram a bebê no colo dela e a criança encontrou o peito começando de imediato a mamar, fato que emocionou a mãe, a mesma relata:

Eu num queria dar de mamar, porque sô muito nova e num quero que meus peitos fique caído, mais quando ela nasceu a doutora colocou ela no meus braço, aí ela foi logo pegano o peito, segurou e chupava com tanta força. [...]. Aí eu fiquei olhano pra ela, achei tão bonitinho e comecei a chorar. Era uma coisa que eu num queria de jeito nenhum, mas fiquei com pena dela, aí eu num tive coragem de tirar o peito da boca dela. E também num dava, ela chupava com tanta força! (Lucia, 22 anos).

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você sabe sobre amamentação?

L: No pré-natal as enfermeiras ensinaram muita coisa sobre leite de peito, mais eu num prestava nem atenção, porque eu num ia dar de mamar. Mais agora quando eu vô pra consulta, eu presto bem atenção e já sei algumas coisas [...] Sei que o leite é bom pra criança, que no começo o leite é amarelo, é como se fosse uma vitamina, depois o leite fica branco, mais

continua seno forte.

E: Desde que a Pâmela nasceu você está dando só leite materno para ela se alimentar?

L: Não.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação da sua filha?

L: Até os três mês eu dei só leite de peito pra ela, mas agora que eu comecei a trabalhar eu levo ela pra casa da minha mãe, dou de mamar antes de sair, minha mãe dar suco, uma frutinha pra ela, e leva ela na confecção umas quatro a cinco vez no dia. Porque é bem pertinho de lá, aí eu dô de mamar pra ela lá mesmo, minha patroa num acha ruim não.

E: Você acha importante ser mãe?

L: Agora eu tô achano.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

L: Eu num ligava, num tinha importância não, mais agora minha cabeça mudou, fiquei mais responsável.

E: Quais são seus projetos de vida?

L: Trabalhar para melhorar de vida.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

L: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

L: Vi.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

L: Sim.

E: Onde?

L: Aqui.

A entrevistada seguinte foi Hadir de 22 anos, que parou de estudar no 8º ano do ensino fundamental. Considera-se branca, vive em união estável há três anos, mora em casa própria, juntamente com o esposo e seu bebê. Somente o esposo trabalha, ganha um salário mínimo e não recebem benefício do governo. Até aos quatro meses de gestação ela trabalhava como costureira sem ter carteira assinada. Estava há três anos nesta confecção e saiu do emprego por iniciativa própria, porque não estava se sentindo em condições de trabalhar, chegando a faltar algumas vezes e não recebeu nenhum apoio dos patrões. Resolveu, então, sair do emprego e voltar somente quando o filho estivesse com pelo menos uns três meses

de vida. Sua criança é um menino de cinco meses e dez dias de vida, chama-se Túlio e não usa chupeta. Sua gravidez não foi desejada e nem planejada, mas não teve intenção de interrompê-la, sendo aceita por todos. Começou o acompanhamento do pré-natal com dois meses e fez oito consultas. Seu parto foi normal e passou três dias internada. Logo que a criança nasceu colocaram o bebê para mamar, mas ele não conseguiu. Recebeu ajuda dos profissionais de saúde para colocar a criança no peito, que só conseguiu mamar no terceiro dia de vida. A mesma foi visitada em seu domicílio por agente de saúde do PSF quando a criança tinha uma semana de vida. No dia em que foi visitada, Hadir se encontrava com grande dificuldade em relação à amamentação, pois as mamas estavam ingurgitadas e com fissura. Além disso, encontrava-se febril e a criança não estava conseguindo pegar o peito. Esta visita foi de suma importância, pois além de ajudá-la a esvaziar o peito, ensinaram como fazer as massagens e as compressas de gelo. A agente de saúde ajudou a posicionar a criança e lhe deu dicas para o tratamento da fissura, entre outras. Além disso, a agente de saúde passou outras vezes para auxiliá-la, de forma que, ela se sentiu muito apoiada, fazendo com que a mesma persistisse na amamentação, pois Hadir já estava pensando em optar por começar a alimentar sua criança com leite industrializado, estando cansada de insistir, uma vez que muito embora quisesse amamentar, não estava conseguindo.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você sabe sobre amamentação?

H: Aprendi muita coisa, que amamentar é uma maneira de dar carinho pra criança, que ele precisa muito do leite da mãe, que dar de mamar é uma maneira também de economizar.

E: Desde que o Túlio nasceu você está dando só leite materno para ele se alimentar?

H: Não.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação do seu filho?

H: Olha! Até ele completar três mês eu dei só leite de peito pra ele. No começo foi muito difícil, quase que eu desistia, mas tive muito apoio, ele se deu muito bem com o leite, tá engordano mais de um quilo por mês e foi muito bom, mais eu precisei começar a trabalhar, então eu comecei a dar suco, banana raspada e mingau de leite ninho com mucilon de arroz. Eu tô trabalhano de sete horas da manhã as cinco hora da tarde [...] Ele se acorda bem cedinho, dô peito pra ele, e quando eu chego dô só peito pra ele. O bichim é doido purum peito! Morro de pena de ter que dar otras coisa

pra ele, mais eu vô dar o peito pra ele até ele ainda quiser.

E: Você acha importante ser mãe?

H: Claro! É muito bom, dar trabalho, mais é muito gostoso!

E: O que significa para você ter tido essa criança?

H: Uma benção muito grande.

E: Quais são seus projetos de vida?

H: Terminar minha casa e terminar meus estudos.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

H: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

H: Já.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

H: Já.

E: Onde?

H: Acho que aqui e lá na maternidade.

A próxima entrevistada foi Luana de vinte e dois anos, que concluiu o ensino médio. Considera-se parda, namorava com um primo e engravidou. Sua família de início não aceitou a gravidez, mas depois do casamento passaram a aceitar. Mora em casa alugada com o esposo e sua filha, trabalha de caixa em uma lanchonete, não tem carteira assinada, ganha um salário mínimo e seu esposo trabalha de vendedor em uma loja no centro de Fortaleza. Ele também ganha um salário mínimo e não recebem nenhum benefício do governo. Sua criança é uma menina de quatro meses vinte e cinco dias de vida, chama-se Daniele e usa chupeta. Sua gravidez não foi desejada e nem planejada, mas não teve intenção de interrompê-la, sendo aceita por todos. Começou o acompanhamento do pré-natal com dois meses de gestação, fez dez consultas e seu parto foi cesariano. Colocaram a criança para mamar após o nascimento e a mesma conseguiu pegar o peito, mamou apenas um pouco e soltou a mama. Passou dois dias internada e com cinco dias recebeu visita domiciliar de uma agente de saúde do PSF.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você sabe sobre amamentação?

L: Amamentar é muito importante para a criança, para a família e para mãe. O leite do peito da mãe é forte para sustentar a criança e não podemos deixar outra mulher amamentar seu filho.

E: Desde que a Daniele nasceu você está dando só leite materno para ela se alimentar?

L: Não [...].

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação da sua filha?

L: Eu dei somente leite materno para Daniele até os três meses e meio, depois disso eu achei melhor começar a dar logo alguma outra coisa para ela, porque minha licença já estava acabando e eu tinha medo dela não aceitar outro alimento. Então, eu vim aqui para conversar com enfermeira e ela me ensinou a fazer a alimentação da Daniele.

E: E como é que você está alimentando a Daniele?

L: Quando ela acorda mama, nove horas ela come banana raspada, onze horas toma sopinha, duas horas da tarde ela toma suco, cinco horas ela come maçã raspada. Entre cinco e meia e seis horas eu chego, aí dou somente mama para ela.

E: Você acha importante ser mãe?

L: Sim. Ela é tudo na minha vida. Trouxe muitas felicidades.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

L: Ah! Significa muito, não somente para mim, mas também para quem não tinha aceitado a vinda dela.

E: Quais são seus projetos de vida?

L: Ter minha própria casa.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

L: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

L: Já.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

L: Já.

E: Onde?

L: Aqui, na maternidade, nos postos de saúde.

A entrevistada seguinte foi Nara de vinte e três anos, que concluiu o ensino médio. Considera-se parda, tem cabelos rastafári mechados loiros bem cumpridos, chamativo e extravagante, vive em união estável há três anos e está desempregada há mais de um ano. Ela e o companheiro moravam em casa

alugada, mas no momento estão na casa de seus respectivos pais. Estão separados apenas fisicamente, estando no momento construindo sua própria casa sobre a casa do pai de Nara. Seu companheiro trabalha de pedreiro, ganha aproximadamente dois salários mínimos e não recebem benefício do governo. Sua criança é uma menina de três meses e quinze dias de vida, chama-se Naiara e usa chupeta. Sua gravidez não foi desejada e nem planejada, mas não teve intenção de interrompê-la, sendo aceita por todos. Começou o acompanhamento do pré-natal com cinco meses de gestação e fez cinco consultas. Ela afirma que não sabia que estava grávida, pois sua menstruação é irregular. Seu parto foi cesariano e passou três dias internada. Não colocaram a bebê para mamar após o nascimento, apenas mostraram a criança para ela. Foi ajudada pelos profissionais de saúde a colocar a criança no peito, que só conseguiu mamar no segundo dia de vida. Não recebeu visita domiciliar de profissionais de saúde do PSF.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você sabe sobre amamentação?

N: Ah! Amamentar é muito bom pra criança e faz muito bem. A criança que mama não adocece. A amamentação é fundamental para a criança se desenvolver, a mente, o cérebro e o corpo.

E: Desde que a Naiara nasceu você está dando só leite materno para ela se alimentar?

N: Não, bem que eu tinha vontade.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação da sua filha?

N: Eu dei pra ela durante o primeiro mês só leite de peito, mais depois dum mês parece que o leite não dava mais pra sustentar, ela passou a chorar demais, mamava e com um pedacinho já começava a chorar de novo. De noite essa menina chorava tanto, que meus irmãos ficavam reclamando e meu pai também, aí eu resolvi começar a dar mingau pra ela, pelo menos de noite pra não incomodar tanto.

E: Como você está alimentando a Naiara?

N: Depois dos trinta dias eu comecei dar nestogeno só de noite, depois passei a dar duas vezes no dia e uma vez a noite. Com três meses parece que também não tava mais sustentando, aí eu comecei a dar mingau de mucilon com leite ninho, dê só meio-dia e de noite, agora ela tá dormindo a noite toda.

E: Você acha importante ser mãe?

N: Acho. É uma vida que tá começando. Só sabe o que é ser mãe quando se sente na pele o que nossa mãe passou. Depois que eu tive ela passei a ter mais vontade de viver.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

N: Pra mim tá sendo um aprendizado, porque eu num tinha a mínima noção de como cuidar duma criança, também aprendi a ser mais responsável.

E: Quais são seus projetos de vida?

N: Trabalhar pra terminar minha casa.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

N: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

N: Já.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

N: Já.

E: Onde?

N: Aqui.

Outra entrevistada foi Jéssica de vinte e sete anos, que parou de estudar no 1º ano do ensino médio. Considera-se parda e vive em união estável há mais de um ano. Ela mora em casa própria, juntamente com o companheiro, seu bebê, sogro, sogra e uma cunhada. Nunca trabalhou, mas ajuda nas tarefas de casa. Somente o sogro e o companheiro trabalham. O sogro ganha um salário mínimo, o companheiro também ganha um salário mínimo e não recebem benefício do governo. Sua criança é uma menina de três meses e dezoito dias de vida, chama-se Maria Luna e não usa chupeta. Sua gravidez não foi desejada e nem planejada, mas não teve intenção de interrompê-la, sendo aceita por todos. Começou o acompanhamento do pré-natal com dois meses de gestação e fez oito consultas. Seu parto foi cesariano e colocaram a criança para mamar após o nascimento, mas ela não mamou, pois estava sonolenta. Teve dificuldade para amamentar corretamente e foi ajudada pelos profissionais de saúde. Passou dois dias internada e não recebeu visita domiciliar de profissionais de saúde do PSF.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você sabe sobre amamentação?

J: Toda criança que mama tem saúde, o leite da mãe é como se fosse uma vacina.

E: Desde que a Maria Luna nasceu você está dando só leite materno para ela se alimentar?

J: Sim.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação da sua filha?

J: Na primeira semana foi muito difícil, quando eu tava internada até que nem tanto, porque as enfermeiras me ajudavam, eram ótimas, mais aí quando cheguei em casa a menina num conseguia mais pegar o peito, o peito ficava pedrado, eu ficava mole, como quem tá com febre. O bico do peito esquerdo feriu que saia sangue, mais minha sogra deu de mamar os seis filhos dela, aí ela me dava a maior força, me ajudou muito, muito mesmo, então isso fez com que eu não desistisse. Na outra semana o peito sarou, a nenê começou a pegar melhor, foi indo, foi indo, aí pronto, eu tirei de letra. Ela mama bem e eu tenho muito leite, já cheguei até a doar lá pro banco de leite da maternidade escola. Ela tá só mamano, num dô outra coisa pra ela, É a melhor coisa do mundo, nunca adoeceu, tá bem gordinha, corada, num me dar trabalho pra tá fazeno comida pra ela e também não dá prejuízo. Mais eu agradeço a minha sogra e as enfermeiras daqui, porque quando eu tenho qualquer dúvida venho aqui e elas me ajudam.

E: Você acha importante ser mãe?

J: Acho, mas ser mãe não é fácil, abri mão de muitas coisas.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

J: Tudo de bom. E minha consciência dizia que eu devia amamentar porque é um momento único, só da meu e dela.

E: Quais são seus projetos de vida?

J: Ter minha própria casa.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

J: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

J: Sim.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

J: Sim.

E: Onde?

J: Aqui, na maternidade, nos postos de saúde.

A entrevistada seguinte foi Paola de trinta anos, que concluiu o ensino médio. Considera-se parda, é casada a mais de dois anos e mora em casa própria, juntamente com o esposo e seus dois bebês gêmeos. Trabalha nas tarefas de casa e cuidando dos bebês. Seu esposo trabalha no comércio, ganha pouco mais de um salário mínimo e não recebem benefício do governo. Os gêmeos são dois meninos de cinco meses e dois dias de vida e se chamam Pedro Victor e Pedro Emmanuel,

os dois usam chupeta. Sua gravidez não foi desejada e nem planejada, mas não teve intenção de interrompê-la. Todos os familiares ficaram felizes quando souberam que eram dois meninos. Começou o acompanhamento do pré-natal com dois meses de gestação e fez nove consultas. Seu parto foi cesariano, teve infecção e ficou internada por vinte e quatro dias. Deram-lhe alta hospitalar, mas ficou sendo acompanhada por mais de dois meses pelo obstetra que lhe operou, período em que a ferida sarou completamente. Após o nascimento não colocaram os meninos para mamar, apenas os mostraram para ela. Teve muita dificuldade para amamentar e foi ajudada pelos profissionais de saúde. A mesma recebeu visita domiciliar da agente de saúde do PSF quando estava com aproximadamente uns quarenta dias depois do parto.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você sabe sobre amamentação?

P: Que o leite da mãe é o alimento ideal para a criança.

E: Desde que Pedro Victor e Pedro Emmanuel nasceram você está dando só leite materno para eles se alimentar?

P: Não [...].

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação da sua filha?

P: Sabe, meu parto foi cesariano, eu fiquei cheia de dor, as enfermeiras levavam ele pra mamar, várias vezes, eles chupavam com força mais tinha pouco leite, ficavam chorando, aí a enfermeira levava eles pro berçário pra dar leite pra eles, depois trazia de novo, quando eles choravam minha mãe colocava eles no peito do jeito que a enfermeira ensinou, às vezes conseguia, mas às vezes não, aí a mamãe chamava a enfermeira e ligeiro dava certo. Mas meu leite era pouco pros dois, sempre as enfermeiras davam leite pra complementar. O tempo que fiquei internada foi assim, mais lá os médicos disseram que eu ia precisar dar complemento pra eles não perderem peso, aí eles fizeram uma receita de como era pra eu fazer.

E: Como você está alimentando o Pedro Victor e o Pedro Emmanuel?

P: Agora eles tão tomando suco, comendo fruta, sopinha, mamano na hora que querem e de noite eu dô mingau de mucilon de arroz e leite ninho. Às vezes eu dô um mingau durante o dia, mas só no dia que estão muito chorão, normalmente eu dô só de noite.

E: E logo que você teve alta da maternidade, como é que os alimentava?

P: Primeiro eu comecei dando NAN1 uma vez de manhã, uma a tarde e duas vezes na noite. Depois o doutor que ficou me acompanhando passou NAN2 durante um mês e depois foi nestogeno que ele passou. Aí eu comecei a trazer eles pra cá, aí a enfermeira disse que eles tavam bem, podia continuar assim, aí depois eu é mudei o leite deles porque se acaba bem

ligeirinho e é muito caro esses leites. Então eu dei só uma vez o mingau de leite ninho e mucilon de arroz e fiquei observando, pra ver se ia dar certo, como eles não sentiram nada, então eu fiquei dano, aí tô fazeno assim.

E: Você acha importante ser mãe?

P: Muito. Adoro ser mãe.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

P: Ah! Muita coisa.

E: Quais são seus projetos de vida?

P: Sabe, eu nem sei, não estou tendo tempo para pensar nisso.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

P: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

P: Já.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

P: Já.

E: Onde?

P: Aqui, lá no Hospital da Mulher.

A próxima entrevistada foi Pedrita de trinta e um ano, que concluiu o ensino fundamental. Considera-se parda, é solteira, não trabalha e engravidou do namorado. Não teve apoio da família. A mesma relata:

Minha mãe cria três neto, dois da minha irmã mais velha e um da mais nova, aí quando eu disse que tava grávida, minha mãe ficou uma fera, foi logo dizem: Nem pense que eu vô criar esse aí, chame aqui seu namorado, que eu quero falar com ele! Se ele num quiser assumir e trabalhar pá criar o fí dele, eu mando tirar essa criança! num crio mais nem um neto! Já chega! Basta os que eu já tô crio! Aí eu falei com ele, ele disse que ia assumir, aí nós fomo falar com minha mãe, ela disse que ele então me levasse, arrumasse aonde nós ficar, aí eu fui morar na casa da mãe dele e ainda tamo morano lá (Pedrita, 31 anos).

Seu companheiro não tem renda fixa, trabalha de forma eventual, relata Pedrita: *“As vez, ele ganha menos de um salário, outras vezes mais de um salário por mês”*. Mora com seu companheiro, seu filho, sogra e dois cunhados. Sua sogra trabalha fazendo faxina e também não tem renda fixa, recebe bolsa família dos dois filhos mais novos. Sua criança é um menino de quatro meses e quinze dias de vida, chama-se Samuel e usa chupeta. Começou o acompanhamento do pré-natal com

quatro meses de gestação e fez cinco consultas. Seu parto foi cesariano e passou três dias internada. Não colocaram o bebê para mamar após o nascimento, apenas mostraram a criança para ela. Foi ajudada pelos profissionais de saúde para colocar a criança no peito, que só conseguiu mamar no terceiro dia de vida. Não recebeu visita domiciliar de profissionais de saúde do PSF.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você sabe sobre amamentação?

P: Que o leite da mãe é muito bom pro crescimento da criança, que ajuda na dentição, que só faz bem.

E: Desde que o Samuel nasceu você está dando só leite materno para ele se alimentar?

P: Não.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação do seu filho?

P: Eu dô mamar pra ele, mas nunca consegui dar só o peito, porque meu leite é muito pouco, ele seca os dois peitos e fica chorano. Quando ele era novinho eu dava chá e NAN1 pra complementar, agora eu dô suco, fruta e mingau de maizena com leite ninho, só uma vez no dia e outro de noite. Também, eu num tenho apoio, e, minha mãe fica dizeno: Essa bicha é tão ruim, que nem leite cria pá dá pro menino!”.

E: Você acha importante ser mãe?

P: Sim. Me sinto mais mulher, mais feliz.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

P: Tudo.

E: Quais são seus projetos de vida?

P: Ter minha casa.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

P: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

P: Já.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

P: Já.

E: Onde?

P: Aqui e lá na maternidade que eu tive ele.

A última entrevistada foi Neta de trinta e quatro anos, que concluiu o ensino fundamental. Considera-se parda, vive em união estável há quatro anos, mora em casa própria, juntamente com o esposo e com seu bebê. Trabalha nas tarefas de casa e cuidando do seu bebê. Seu esposo trabalha como ajudante de pedreiro, não tem renda fixa, ganha em torno de dois salários mínimos por mês e não recebem benefício do governo. Sua criança é um menino de cinco meses e dois dias de vida, chama-se Eduardo e usa chupeta. Sua gravidez foi desejada, mas não foi planejada e não houve intenção de interromper a mesma, sendo aceita por todos. Começou o acompanhamento do pré-natal com dois meses e fez nove consultas. Seu parto foi normal e passou três dias internada. Logo que a criança nasceu colocaram o bebê para mamar, mas ele não conseguiu. Recebeu ajuda dos profissionais de saúde para colocar a criança no peito, que só conseguiu mamar no segundo dia de vida e não recebeu visita de profissionais de saúde do PSF.

Suas respostas às perguntas abertas foram as seguintes:

E: O que você sabe sobre amamentação?

N: Amamentar é muito importante pra mãe, pra família e principalmente pra criança.

E: Desde que o Eduardo nasceu você está dando só leite materno para ele se alimentar?

N: Não.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação do seu filho?

N: Eu dô de mamar pra ele, mais só peito mermo eu dei só no primeiro mês, depois ele foi ficano muito esgalamido, secava o peito e abria o berreiro. Aí eu comecei a dar uns três mingau de leite ninho com maizena num dia, só pra ele num chorar tanto. Mais eu vô continuar dano o peito pra ele, porque ele é doido por um peito, quando ele cai, num quer nem o bico, só se cala quando coloco no peito, então eu vô dar peito pra ele até ele num quiser mais, porque também quando num tem outra coisa, tem pelo menos esse leitinho pra ele.

E: Você acha importante ser mãe?

N: Acho. Depois que eu fui mãe mudei muito.

E: O que significa para você ter tido essa criança?

N: Uma alegria.

E: Quais são seus projetos de vida?

N: Terminar de ajeitar minha casa.

E: Você já ouviu falar sobre política pública de incentivo a amamentação?

N: Não.

E: Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?

N: Já.

E: Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação?

N: Já.

E: Onde?

N: Aqui e lá na maternidade que eu tive ele.

Foram entrevistadas vinte e três mães de crianças com menos de seis meses de idade. Todas eram primíparas e fazem acompanhamento de sua criança no CPN. Esse processo foi encerrando em 15 de dezembro de 2014.

Ao analisarmos as respostas das mães, observamos que estas têm um conhecimento razoável sobre o aleitamento materno e que algumas até gostariam de realizar o aleitamento materno exclusivo, mas devido as dificuldades encontradas durante o processo de aleitamento, a maioria destas acabaram por acrescentar na dieta da criança outros alimentos utilizados na dieta da família ou leite artificial.

A seguir apresentaremos um pouco do bairro Planalto Pici, o contexto sócio cultural das mães.

5.3 CONHECENDO UM POUCO DO BAIRRO PLANALTO PICI: O CONTEXTO SÓCIO CULTURAL DAS MÃES

Esta pesquisa teve início no CPN, localizado no bairro Planalto Pici. Após a realização da pesquisa exploratória, assim como das entrevistas com as vinte e três mães de crianças atendidas no serviço de puericultura, o espaço da pesquisa tomou outras direções. Visitamos algumas ruas do bairro Planalto Pici, assim como travessas, becos, vilas e até barracos, localizados bem próximos de um canal a céu aberto que corta a Rua Rio Grande do Sul, uma das mais conhecidas e transitadas rua desse bairro. Contudo, tais visitas foram realizadas com bastante receio, devido aos relatos das mães e das pessoas com quem colhemos as informações necessárias para chegarmos aos endereços, que nos alertavam sobre a situação de

violência encontrada no bairro. Essa visita no domicílio das seis mães adolescentes, que foram entrevistadas no CPN, foi realizada no intuito de buscar mais alguns elementos para a pesquisa, além de falar com as mães ou os responsáveis por essas adolescentes, para que fosse assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados por meio de entrevista individual foi finalizada no dia 15 de dezembro de 2014. No dia seguinte, procuramos entrar em contato com as mães que seriam visitadas, dessa forma, fomos marcando a visita de acordo com a ordem em que íamos conseguindo falar diretamente com a interlocutora e com a disponibilidade destas, mas para o mais breve possível. Neste dia, ligamos para as seis mães que seriam visitadas, mas só conseguimos marcar com quatro, ficando as outras duas para entrarmos em contato no dia seguinte.

No dia 16 de dezembro fizemos a primeira visita, que foi marcada para as 9 horas da manhã na casa da Carolina de quatorze anos. Eis o registro desse momento no diário de campo:

Às 08h30min horas ligamos para Carolina e para Janaina, a fim de confirmar as visitas, anotamos o endereço e todas as referências possíveis, pois as mesmas nos falaram que era complicado chegar em suas casas. Também procuramos no Google Maps e imprimimos o arquivo do endereço de cada uma das seis entrevistadas. Para facilitar, Carolina falou que iria nos aguardar na rua principal, pois é muito perigoso o local onde ela mora e segundo ela seu endereço é complicado, além do que os traficantes tem controle de quem entra e de quem sai, não sendo permitida a entrada de desconhecidos. Meu esposo ofereceu-se para ir também, visto que, este trabalho oferece perigo. Observamos no Google Maps que esse endereço fica há umas três quadras do CPN, por isso preferimos deixar o carro lá e sair caminhando sem portar objetos que chame atenção, assim fizemos. Antes, ligamos para Carolina para que ela viesse ao nosso encontro. Chegamos ao local combinado e logo a avistamos. Andamos duas quadras e a próxima era só de ruelas sem saída. Entrávamos em um beco e sai em outro, parecia um labirinto, mas a mesma nos conduziu com segurança até sua casa (Diário de campo, 16/12/2014).

Chegando à casa de Carolina fomos muito bem recebidos, sua mãe veio logo falar conosco e nos apresentamos. Ela nos levou para o último cômodo, dizendo *“venham, entrem, desculpem a bagunça, mais casa de pobre é assim mermo, sentem, truxe vocês pra cá porque só tem acento aqui”*. Explicamos para ela o propósito da pesquisa, os objetivos, o anonimato, entre outros. Ela leu o termo de consentimento, assinou as duas vias e entregamos uma para ela. Enquanto ela lia o termo, nós observávamos discretamente o espaço, as pessoas, o meio, entre outros.

Fizemos algumas perguntas e anotamos as respostas para mais tarde transcrevê-las para o diário de campo. Agradecemos a todos pelo acolhimento, pois nesse momento a casa estava cheia de pessoas adultas e crianças entrando e saindo. Mostramos para Carolina o endereço que agora íamos procurar, ela conhecia e falou que era bem próximo, oferecendo-se, educadamente, para nos deixar até lá. Ficamos muito gratos e aliviados. Ligamos para Janaina e avisamos que estávamos chegando.

A primeira mãe visitada foi Carolina, que tem quatorze anos, mora em casa própria juntamente com o companheiro, sua filha, sua mãe, seu padrasto, duas irmãs e dois irmãos, destes só trabalham três, seu companheiro, seu padrasto e seu irmão mais velho. Cada um ganha um salário mínimo e sua mãe recebe bolsa família de três filhos. Carolina nunca trabalhou, mas quando pode ajuda nas tarefas de casa. Esta casa fica em um beco, têm três cômodos, o piso é muito estragado, as paredes não são rebocadas, o teto não é forrado e o ambiente não possui aspecto de higiene e praticamente não tem mobília. No primeiro cômodo tem uma espécie de estante com duas prateleiras, improvisada com tijolos furados e tábua, sobre esta tem uma TV de 14 polegadas de modelo antigo, livros, mochila escolar com emblema da Prefeitura Municipal de Fortaleza, entre outros objetos. Tem um colchão de casal do chão. Quando chegamos tinham várias pessoas, umas deitadas e outras sentadas assistindo TV. No segundo cômodo tem uma mesa pequena de madeira com os objetos da criança, tudo rosa. Tem também um colchão de casal encostado na parede e no canto esquerdo do cômodo tem uma redinha armada com a filha de Carolina dormindo. No cômodo em que ficamos sentados, tem uma mesa de plástico de quatro cadeiras, um fogão de quatro bocas, bem estragado, um colchão de casal e um de solteiro encostado na parede. Todos dormem em colchão no chão. No primeiro cômodo dorme sua mãe com seu padrasto, no segundo cômodo dorme Carolina juntamente com o companheiro e sua filha dorme na rede. No outro cômodo dormem duas irmãs e um irmão em um colchão de casal e o outro irmão mais velho dorme em um colchão de solteiro (Diário de campo, 16/12/2014).

Andamos uma quadra e entramos em uma vila, na qual tinha várias casas e lá no final dobrava-se à esquerda em um beco bem estreitinho, sendo uma espécie de vila dentro de outra vila. Chegamos rapidinho à casa de Janaina. Agradecemos à Carolina e ela saiu apressadamente com receio que sua filha já tivesse acordado. Eis o registro no diário de campo, desse momento:

Chegamos quase na hora marcada, a porta principal da casa é partida ao meio de forma horizontal, nos certificamos do número e batemos palma. Uma senhora veio atender, perguntamos por Janaina e falamos que havia marcado com ela às dez horas. A senhora abriu a parte de baixo da porta, mandou agente entrar e sentar em cadeiras de plástico que tinha na sala. A mesma entrou chamando por Janaina, que já vinha ao nosso encontro com sua criança no colo. Nos apresentamos e Janaina perguntou se sua sogra podia assinar o termo, já que sua mãe não pôde ficar esperando, já que tinha de última hora conseguido uma faxina. Falamos que “tudo bem, sem

problemas". Explicamos para a sogra de Janaina o propósito da pesquisa, os objetivos e o anonimato, entre outros. Ela pediu que lesse para ela, pois não enxergava muito bem. Assinou as duas vias do TCLE, lhe entregamos uma via deste, fizemos algumas perguntas e nos despedimos. Na sala tem uma porta e uma janela. Na janela tinha duas senhoras observando-nos durante todo o tempo em que ficamos naquela casa (Diário de campo, 16/12/2014).

Ao terminar, sua sogra falou que não era recomendado que saíssemos sozinhos, pois era muito perigoso, nos acompanhou até a saída da vila e mandou que Janaina fosse nos deixar até a rua principal. Diante do que foi perguntado e observado, foi registrado no diário de campo:

Janaina mora em casa própria juntamente com seu companheiro, sua criança, sua sogra e uma cunhada. Destas, somente duas pessoas trabalham, sua sogra faz faxina, mas não tem renda fixa, trabalha poucas vezes no mês e não recebe nem meio salário mínimo, seu companheiro ganha quase um salário mínimo e não recebem benefício do governo. A casa que moram a entrada é por uma vila. Esta vila tem várias casas, lá no final dobra a esquerda em um beco bem estreitinho, é uma espécie de uma vila dentro de outra vila. Esta casa tem dois cômodos, o primeiro é bem estreito, tem uma estante com uma TV, quatro cadeiras de plástico, duas redes desarmadas, apenas dependuradas nos caibros do telhado. Dormem na sala sua sogra e sua cunhada e no outro cômodo dorme Janaina, seu companheiro e sua criança. Todos dormem de rede. Do ângulo em que estávamos sentados não dava para ver quase nada do outro cômodo. As paredes dessa casa são de taipa, o piso é só batido e o banheiro é comunitário (Diário de campo, 16/12/2014).

Marcamos neste mesmo dia mais duas visitas, ambas à tarde, uma às 15 horas e a outra às 16 horas, a duas mães que por coincidência são vizinhas.

Ligamos para Paula e para Gardênia para confirmar as visitas, ambas confirmaram e marcamos nos encontrar na Rua Espírito Santo em frente um armário. Na hora marcada estávamos lá. Estacionamos o carro enfrente o armário e ficamos aguardando dentro do mesmo. Às 15h10min chegaram as duas mães, cada uma com o seu bebê no colo e fomos todos juntos caminhando, pois não tinha como ir até lá de carro (Diário de campo, 16/12/2014).

Entramos primeiro na casa da Paula, conversamos com a avó dela, que nos recebeu muito bem. Fizemos as perguntas necessárias, as anotamos, lemos para ela o TCLE, ela assinou as duas vias do termo, entregamos uma via para ela e nos despedimos. Em seguida entramos na casa de Gardênia e se repetiu praticamente a mesma cena.

Sobre essas duas visitas eis o que foi registrado no diário de campo:

Paula mora com a avó e sua filha. Sua avó é aposentada e tem renda de um salário mínimo. A casa delas é própria, fica em uma vila, têm dois cômodos, pouca mobília, todos dormem de rede, até mesmo a bebê, o piso é de cimento, as paredes são rebocadas, mas não são pintadas, o teto não é forrado e o ambiente não é muito agradável. Apesar de não ter berço, mesmo assim tem um véu na redinha e uma mesinha com os objetos da Maria Alice: depósito com mamadeiras, papelão e colheres. Também tem saboneteira, pente e dois potes pequenos, tudo rosa. Já na casa da Gardênia, moram oito pessoas, sua mãe, padrasto, um filho do padrasto e três irmãs, só quem trabalha é o padrasto, não tem renda fixa, mas trabalha de pedreiro e ganha em torno de mais de dois salários mínimos. A casa tem três cômodos rebocados e pintados. O piso é de cerâmica, tem TV, sofá, beliche e alguns dormem de rede (Diário de campo, 16/12/2014).

Nos despedimos e elas foram nos deixar até o carro, relatando no caminho as seguintes coincidências: são muito amigas e vizinhas, tiveram o bebê no mesmo dia, foram e voltaram da maternidade na mesma condução. Paula é mãe de Maria Alice e Gardênia é mãe de João Pedro, dizem que os bebês são namorados desde a concepção. Elas só andam juntas, tanto para as consultas como para os passeios. As duas são solteiras, não estão com o pai da criança e ambas já têm outro namorado.

Para o dia 17 de dezembro ficou marcado mais duas visitas, uma às 9 horas e outra às 10 horas da manhã.

Ligamos às 08h30min horas para Fabíola e para Josélia, a fim de confirmar as visitas, combinamos de nos encontrarmos em um ponto de referência próximo da casa de cada uma, onde pudéssemos deixar o carro e sair caminhando (Diário de campo, 17/12/2014).

Na hora marcada estávamos aguardando Fabíola, que apareceu com seu filho um pouco depois do horário combinado. Cumprimentamo-nos e saímos caminhando. Passamos por um aglomerado de casas e entramos em um beco e saímos em outro, era um lugar assombroso, de casas desordenadas, com construções diversas: de taipa, de alvenaria, de papelão, tinha uma com a cobertura de lona, parecia mais com barracos do que com casas. Antes de chegarmos a casa dela, comentamos que não conseguiríamos retornar e perguntamos se seria possível ela nos trazer de volta. Fabíola concordou de imediato. Enfim, chegamos e nos apresentamos aos familiares, em seguida explicamos para a mãe dela o propósito da pesquisa, os objetivos e o anonimato, entre outros. Sua mãe leu, assinou as duas vias do termo, entregamos uma via para ela e respondeu algumas perguntas. Nos despedimos dos familiares e Fabíola foi nos deixar na casa de

Josélia, que segundo a mesma são conhecidas, e sabe um caminho que se tornava mais próximo, pois as duas algumas vezes vieram juntas das consultas e, uma vez, a mesma passou na casa de Josélia. Sorte nossa!

Ligamos para Josélia avisando que estávamos indo para sua casa e pedimos que nos esperasse lá mesmo, pois já tínhamos como chegar.

Fomos caminhando e chegamos em frente ao canal aberto que corta a Avenida Rio Grande do Sul. A casa de Josélia fica em uma vila, onde a entrada é em frente ao canal.

Fomos bem recebidos, explicamos para sua mãe os propósitos da pesquisa, os objetivos e o anonimato, entre outros. Ela leu, assinou as duas vias do termo, entregamos uma via para ela, respondeu algumas perguntas e fomos embora. Agradecemos imensamente à Fabíola e a deixamos com seu filho até onde o carro conseguia passar.

Eis o que foi registrado no diário de campo:

Fabíola mora em casa própria juntamente com seu companheiro, seu filho, sua mãe, seu padrasto e um irmão. Destas, três pessoas trabalham. Seu companheiro recolhe material reciclável nas ruas juntamente com sua mãe e seu padrasto, mas todos ajudam de alguma forma. A única renda fixa é do bolsa família. Tem mês que não conseguem no total completar um salário mínimo. A casa que moram parece um barraco, tem só um cômodo, as paredes são de taipa, um pedaço do telhado está faltando telhas, os mesmos completaram com um plástico transparente para não entrar água da chuva e o piso é só batido. Uma pobreza de fazer dó. Não tem mobília, uns bancos improvisados, colchões encostados na parede e uma rede armada em um canto do cômodo (Diário de campo, 17/12/2014).

Vejamos as observações feitas durante a visita na casa de Josélia, eis o que foi registrado do diário de campo:

Josélia mora com seu companheiro e seu filho. A casa deles é própria, seu companheiro trabalha, ganha um salário mínimo e não recebem benefício do governo. A casa fica em uma vila, com a entrada principal de frente ao canal aberto, têm dois cômodos, uma cama de casal, um berço, uma TV, um fogão, uma geladeira, as paredes são rebocadas e pintadas, o piso é de cimento liso e o teto não é forrado. De todas as outras casas que visitamos esta foi a que tinha melhor aparência (Diário de campo, 17/12/2014).

Dessa forma, a pesquisa ocorreu tanto no CPN quanto no bairro Planalto

Pici, onde moram as mães entrevistadas.

Apresentaremos a seguir um pouco da história do bairro Planalto Pici, para que o leitor tenha uma noção de como é o cenário deste, como ele surgiu e vem se desenvolvendo com o passar do tempo, a sua localização, o que existe atualmente neste, a principal atividade econômica, as características, entre outras.

O bairro Planalto Pici está localizado na porção oeste do município de Fortaleza, faz parte da Secretaria Executiva Regional - SER III. Esse bairro está inserido dentro de uma área de ocupação habitacional em terreno cuja propriedade é da União. Este possui 86,5 hectares definido pelo Plano Diretor de Fortaleza (FORTALEZA, 2009). Possui 7.111 domicílios, de acordo com os dados do censo de 2010, correspondendo a uma população de 23.383 habitantes. Deste total de domicílios, grande parte está localizada em setores classificados como aglomerados subnormais (IBGE, 2010).

O nome do bairro Planalto Pici vem do nome do centenário Sítio do Pici, localizado às margens do Riacho Cachoeirinha, que foi propriedade do pai da escritora Raquel de Queiroz. Essa área era toda constituída por sítios, dentre eles o Sítio do Pici. Em um passado mais recente, boa parte das terras desse bairro pertenciam à Casa de Misericórdia de Fortaleza e à Legião Maçônica de Fortaleza. Esse bairro é conhecido por abrigar o Campus do Pici, o maior campus universitário da cidade de Fortaleza, pertencente a Universidade Federal do Ceará.

No período da segunda guerra mundial, nos anos 40, os americanos escolheram esta área para instalarem um posto de comando e construíram um aeroporto com toda a estrutura preparada para a guerra. Deste saíam os aviões para bombardear os países não aliados, além disso, nele tinha uma torre para pouso dos Zepelins. Com isso a paisagem desse bairro sofreu uma grande alteração, pois nessa época foram iniciadas as obras de construção da pista de pouso da Base Americana em Fortaleza ou Base do Pici (hoje chamada Base Velha), que foi concluída em março de 1942. Sendo construída também uma longa avenida (atualmente é chamada de Avenida Carneiro de Mendonça), que serviu como via de ligação entre esta Base e a 2ª Base Americana em Fortaleza, a chamada Base do Cocorote (atual Aeroporto Pinto Martins).

A pista de pouso do Pici foi utilizada até o ano de 1944, mas, sobre esta, nos anos 1990, foi construída a comunidade do Pantanal, através de um projeto de mutirão habitacional da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Nos anos 50 foi feito o loteamento das terras onde se localizavam os Sítios. Com a saída dos americanos, as terras da Base ficaram sob a vigilância da Aeronáutica. Em 1958 algumas famílias ocuparam os “paióis” ou casamatas, locais onde eram camufladas as munições de Exército Americano. Nessa mesma época, ocorreu o surgimento de alguns bairros: Pan Americano, Planalto Pici, Ipanema, Antônio Bezerra e Casa Popular, que foi o primeiro conjunto habitacional construído em Fortaleza, e é conhecido atualmente por bairro Henrique Jorge. O único caminho que interligava esses bairros era a estrada do Antônio Bezerra, devido à passagem de gado que vinha da Região Norte para o matadouro de gado de Fortaleza, que ficava no Montese, onde hoje se localiza os Colégios Paulo VI e Figueiras Lima. Com o crescimento do bairro Montese, o matadouro passou para o bairro Parangaba, tornando-se necessária a criação da Estrada do Pici. Em razão dessa ligação com os matadouros, esta região da cidade se tornou produtora de pequenos animais de corte e vacarias com a produção de leite, passando a utilizar a Base Velha para pastagem de gado, onde os produtores comumente soltavam o gado para pastar.

Na década de 60 o Departamento Nacional de Obras Contra as Secas (DNOCS) construiu uma oficina de manutenção nas terras da Base Velha, passando a administrar tal terreno, surgindo nessa época a Vila do DNOCS, com galpões e terrenos da Base que eram ocupados por funcionários, formando-se a favela do Papoco, no Pan Americano. Nessa época ocorreu a construção do Jóquei Clube, do campo do Fortaleza, hoje chamado de Estádio Alcides Santos, e da Sede do Fortaleza Esporte Clube.

A Santa Casa de Misericórdia também loteou uma parte dessas terras, onde as irmãs de caridade do Asilo da Parangaba utilizavam esse local para fazer terapia nos doentes mentais que vinham do interior e eram abandonados por suas famílias. Esse terreno foi transformado no loteamento Parque São Vicente, que fica estremando com a Base Velha e a Estrada do gado, que hoje correspondem às ruas Matos Dourado, Franco Rocha e Av. Carneiro de Mendonça.

Enfim, desde a década de 60, teve início as ocupações irregulares nesse bairro, ao mesmo tempo em que os loteamentos e conjuntos habitacionais nos bairros próximos começavam também a ser habitados. Devido à crise habitacional das décadas de 80 e 90, intensificou-se a ocupação dos espaços vazios remanescentes, com vários episódios de tentativas de despejos. Essas ocupações irregulares originaram-se, portanto, de diversos processos que vão desde a ocupação de sítios de recreio às invasões de áreas institucionais dos loteamentos, tanta área de propriedade da união como de particulares.

Nos anos 70 começou a construção do Centro Social Urbano César Cals e na década de 80 a UFC cercou uma parte das terras, onde hoje é localizado o Campus do Pici. Ainda existem algumas construções e alguns galpões da época da Base Aérea Americana, estes atualmente são usados pela Companhia de Água e Esgoto do Ceará (CAGECE) e pela UFC.

Em 2005 foi iniciado o processo de regularização fundiária na comunidade do Planalto Pici, através do “Projeto de Regularização Cidadã: Implementação de ZEIS e Regularização Fundiária em Fortaleza”, realizado pela ONG *Cearah Periferia* com financiamento do Ministério das Cidades. Ao longo dos anos, foi elaborado pelo *Cearah Periferia* um cadastro socioeconômico de 1450 imóveis, que resultou em um banco de dados no software Access, que continha as seguintes categorias de informações para cada domicílio cadastrado: documentos recolhidos, identificação da área, dados pessoais do proprietário e do cônjuge anexado a algumas perguntas complementares, dados da casa e renda familiar mensal.

Atualmente, as principais responsáveis pela atividade econômica de geração de renda e emprego no bairro Planalto Pici são as indústrias de confecções. Além disso, esse bairro conta com centro de saúde, posto de gasolina, padaria, centro comercial com lojas dos mais variados produtos a serem comercializados, escola pública estadual e municipal, churrascaria e posto de gasolina, entre outros. Tem muitos becos, favelas, travessas, mas também tem ruas e avenidas pavimentadas.

O bairro Planalto Pici está entre os dez bairros de Fortaleza mais populosos, compreendendo um total de 42.494 pessoas, sendo 36,5% jovens; 6,5%

idosos; 7,7% são crianças de 0 a 4 anos; 25,5% são de 0 a 14 anos e 69,9% de 15 a 64 anos de idade e crianças do sexo feminino são 27,9%. Os domicílios particulares ocupados são 11.880, sendo ocupados por 20.330 homens e 22.164 mulheres (CENSO DEMOGRÁFICO DO IBGE, ELABORAÇÃO IPECE, 2010).

Este bairro também está entre os dez bairros de Fortaleza com maior concentração da população jovem, compreendendo que, entre 15-19 anos tem 4.380 jovens, de 20-24 anos tem 4.550 jovens, de 25-29 anos tem 4.069 jovens, totalizando em 12.999 jovens (IBGE/CENSO DEMOGRÁFICO, 2010).

O mesmo também está entre os dez bairros de Fortaleza mais pobres, contando com 3.175 pessoas que se encontram em estado de extrema pobreza (CENSO DEMOGRÁFICO DO IBGE, ELABORAÇÃO IPECE, 2010).

Para Barros e Mendonça (1995a) pobreza é a insuficiência de renda, isto é, há pobreza apenas na medida em que existem famílias vivendo com renda familiar per capita inferior ao nível mínimo necessário para que possam satisfazer suas necessidades mais básicas.

E segundo Urban Institute (2006) de cada três famílias com crianças, uma delas é considerada abaixo do nível da pobreza. Esse nível é a faixa mais baixa da tabela. Segundo o site infoescola, o Governo Federal considera como extrema pobreza a família que ganha mensalmente abaixo de R\$ 70,00 por pessoa.

Além disso, esse bairro é destacado frequentemente nos noticiários locais, devido à violência, sendo comum a morte de indivíduos durante conflitos entre grupos envolvidos com drogas e com o crime. Além de casos de assaltos frequentes. Segundo Novaes (2006), o narcotráfico tem grande interferência na vida de indivíduos moradores de áreas pobres que convivem com os efeitos desse “grande negócio lucrativo” e com as consequências das políticas de proibição do uso e da comercialização de drogas ilícitas.

Figura 3 – Mapa destacando o bairro Planalto Pici



Fonte: Google Maps. Acesso em 20 de dezembro de 2014.

No próximo item apresentaremos o grupo de discussão, demonstrando passo a passo tudo o que aconteceu, desde o convite as mães até o desfecho final.

5.4 GRUPO DE DISCUSSÃO INTERATIVO: A ARTE QUE DÁ VIDA

Utilizamos o grupo de discussão como ferramenta para trazer para a pesquisa mais alguns elementos que possam não ter sido percebidos durante as entrevistas e visitas para melhor compreender ou elucidar mais algumas questões propostas pela pesquisa, a partir de discursos sociais produzidos coletivamente pelos sujeitos da pesquisa, pois segundo Weller (2010, p. 58) os grupos de discussão realizados com pessoas que partilham de experiências em comum reproduzem estruturas sociais ou processos comunicativos nos quais é possível identificar um determinado modelo de comunicação. Além disso esse grupo tem como objetivo observar se é possível formar um grupo de mães que amamentam.

O grupo de discussão é uma técnica de conversação que faz parte da família das pesquisas de índole qualitativa. É uma ferramenta muito importante para pesquisas realizadas com grupos em que os indivíduos partilham as mesmas experiências. O que há de particular e inovador na aplicação desta técnica reside no fato de que durante o debate, perante um tópico de discussão, cada um dos elementos do grupo tem a possibilidade de apresentar, de defender, de construir e de desconstruir os seus pontos de vista numa lógica de interação que, gradualmente, se tornou mais profunda e complexa, chegando-se, por fim, naturalmente, a um conjunto de opiniões comuns a todos os interventores (CALLEJO, 2001).

As visitas foram realizadas nos dias dezesseis e dezessete de dezembro de 2014 e no dia seguinte todas as vinte e três mães entrevistadas foram convidadas, através de ligação telefônica para participar de um grupo de discussão marcado para o dia dezanove de dezembro deste mesmo ano às 15 horas no auditório do CPN. Só conseguimos falar diretamente com dezoito mães. Deixamos recado com familiares de três mães. Não conseguimos contato com duas mães, em virtude do telefone dessas está desligado ou fora de área, não obstante as inúmeras tentativas.

Às 15 horas estávamos aguardando as mães com tudo pronto, auditório com temperatura agradável; cadeiras de plástico com braço, organizadas em círculo; data show ligado para a apresentação de slides com algumas orientações sobre amamentação; quadro branco; rádio ligado com música infantil; bola de papel; gravador; diário de campo; mesa com material para confeccionar crachá, contendo: cartolina, pincel atômico, linha grossa, tesoura, cola, revista, lápis de cor, perfurador de papel, entre outros.

Somente às 15h09min chegou a primeira mãe, que foi muito bem acolhida, assim como as outras que chegaram a seguir. Às 15h20min só tinham chegado oito mães, mas optamos por começar assim mesmo. No decorrer do encontro compareceram mais duas mães, somando ao todo dez. A maioria destas trouxeram seu bebê, um familiar ou uma amiga. O tempo foi cronometrado para não perdermos o controle.

No intuito de permitir uma melhor interação, começamos com uma dinâmica de grupo bem alegre. Entregamos uma bola de papel para pessoa que estava mais próxima da porta do lado direito e explicamos que quando a música começasse estas deveriam passar rapidamente a bola para pessoa do lado direito e que quando a música parasse, a pessoa que estivesse com a bola iria tirar a folha de cima, ler em voz alta e fazer o que estivesse escrito. As folhas de papel A4 continham as seguintes frases, uma frase para cada folha: diga seu nome; diga o nome da sua criança; dê um belo sorriso para o grupo. A última mãe chegou no momento em que estava passando a bola, paramos um pouco, a acolhemos e continuamos a dinâmica até completar dez minutos de duração.

Depois, em dez minutos, nos apresentamos, cada uma disse o seu nome e o nome e idade da sua criança. Falamos para elas que gostaríamos de dar um nome para aquele grupo. Pedimos para que cada uma dissesse um nome para o grupo e fomos escrevendo no quadro. Disseram vários, tais como: Grupo da Vida; A arte que dá vida; Mães que querem amamentar; Mãe e bebê, entre outros.

Ficamos em dúvida e resolvemos através de votação ir apagando o que tivesse menos votos, até que ficou somente: A arte que dá vida.

Em seguida todas as mães teriam quinze minutos para confeccionar o seu crachá, sendo liberado para ser feito a seu modo, sendo que deveria conter o nome do grupo e o nome da mãe. Foi muito divertido, pareciam crianças do pré-escolar.

Depois que todas estavam de crachás prontos, sentamos novamente e continuamos o trabalho.

Nesse momento pedimos que alguém contasse a sua experiência com a amamentação da sua criança. Imaginamos que esse momento seria tenso e que ninguém fosse querer falar. Por esse motivo levamos uma mãe amiga para contar a sua própria experiência. Não obstante, o momento foi muito rico e todas as mães queriam dizer alguma coisa, por isso deixamos esse momento para elas. Um contavam coisas alegres, outras tristes e uma se emocionou ao dizer:

“Queria muito, muito mermo ter dado só peito pra ela, mas tinha que ganhar a vida, sabe, eu só manicure [...] “fez propaganda do seu trabalho”, num posso levar minha “picurruxa”, então tive de dar outras coisas pra ela. Mais eu vô dar mamar pra ela até o dia que ela ainda quiser!” (Joaquina, 21 anos, sua bebê Emília).

Todas queriam falar, deixamos a vontade por um certo tempo, mas depois controlamos, porque ainda tínhamos questões significativas para serem resolvidas com o grupo.

Lançamos algumas perguntas para o grupo, para algumas pedimos para que levantassem o braço, as perguntas foram:

- 1- Quem recebeu visita domiciliar de profissionais de saúde?
- 2- Quantas visitas?

- 3- Eram profissionais de saúde do PSF?
- 4- Que tipo de profissional de saúde?
- 5- Foi importante receber essas visitas?
- 6- Em que essa visita lhe ajudou?
- 7- Quem não recebeu essa visita, acha que teria tido mais sucesso em relação a amamentação do seu filho, se tivesse tido esse tipo de acompanhamento?
Mas você sentiu falta que algum profissional de saúde lhe visitasse?
- 8- Se você fosse convidada para participar de um grupo de mães que amamentam, você aceitaria?
- 9- Como seria melhor, uma vez por semana, quinzenal ou mensal?

Essas perguntas foram lançadas ao grupo verbalmente e discutidas no mesmo. No momento da discussão foram anotados alguns tópicos mais importantes. Enquanto as mães falavam, a pesquisadora observava e fazia algumas anotações, tipo: as respostas, as opiniões, as decisões do grupo, entre outras.

As mães se mostraram disponíveis para participar dos encontros uma vez por mês, acharam que seria de bom tamanho, assim poderiam se encontrar, trocar experiências e se fortalecerem no sentido de continuarem amamentando.

Para essas discussões foi destinado mais tempo, trinta minutos de interação entre o grupo. Este foi um momento muito importante para a pesquisa e acreditamos que para todas as mães, que estavam empolgadas. Se não houvesse limitação de tempo, acreditamos que durariam horas.

No caso da concretização do grupo, recomendamos que seja disponibilizado mais tempo para esse momento, pois observamos que esta é parte mais importante do encontro.

Em seguida, durante dez minutos, demonstramos slides sobre amamentação, ressaltando sua importância e os benefícios do leite materno.

Depois foi feita uma avaliação do encontro com tempo disponível de cinco minutos, onde foi entregue para cada mãe uma pequena tarjeta contendo:

() ruim () regular () bom () ótimo

Logo depois foram recolhidas todas as tarjetas respondidas e oferecemos

um lanche (suco de maracujá e suco de cajá com bolo). Deixamos todas à vontade e na saída nos despedimos e agradecemos pela presença. Também entregamos para cada pessoa um folder sobre amamentação, elaborado pela pesquisadora deste trabalho.

Segundo Fabra e Domènech (2001, p. 33-34) o grupo de discussão é constituído por um conjunto reduzido de pessoas, reunidas com o propósito de interagirem numa conversa sobre temas de objeto de investigação, durante um período de tempo que oscila entre uma hora e hora e meia.

Procuramos objetivar o que foi planejado fazer, no tempo de 1h30min. Nos preocupamos com a questão tempo, pois algumas dessas mães ao serem convidadas perguntavam: “Demora muito”? “É quanto tempo mais ou menos”?

Foi muito rico esse encontro, acrescentou para o estudo algumas informações, tais como: experiências das mães em relação a amamentação, suas dificuldades, seus sentimentos em relação a falta de apoio, não só de profissionais de saúde, mas também por parte dos familiares, assim como, o conflito entre o que aprenderam e a opinião dos familiares, que segundo a fala de uma mãe, relata que *“quase num tive ajuda da minha família, precisei muito, mas minhas cunhadas mais me atrapalharam, do que ajudaram, assim, num deixando eu fazer do meu jeito, eu sinto que a ajuda delas fez foi atrapalhar eu dar de mamar pro meu filho”*.

Percebemos que o CPN tem condição de formar um grupo de mães que amamentam. Essa informação foi importante para o estudo, pois um dos objetivos desse grupo de discussão era ver essa possibilidade.

Foi observado que somente algumas mães receberam visita domiciliar de profissionais de saúde, foi unânime a solicitação de acompanhamento domiciliar após a alta da maternidade, pois todas relataram que gostariam de ter tido esse tipo de apoio, principalmente se fosse realizado um acompanhamento.

Na avaliação, nove das mães presentes classificaram o encontro como ótimo e uma avaliou como bom. Ficamos satisfeitas com o resultado de mais um passo da caminhada na construção desta pesquisa, mas com a sensação de que poderia ter sido melhor.

No item a seguir apresentaremos os resultados obtidos neste estudo.

5.5 RESULTADOS

Neste tópico apresentaremos os resultados obtidos nesta pesquisa.

O presente estudo investigou especialmente o perfil sociodemográfico das mães entrevistadas, avaliando o conhecimento dessas mães sobre aleitamento materno e identificando a prática alimentar das crianças atendidas no serviço de puericultura do CPN.

Em outras palavras, nesse caminho metodológico, a pesquisa buscou compreender até que ponto essas mães conseguiram apreender o que lhes foi passado, o que está sendo possível aplicar, no que diz respeito à alimentação do seu bebê e como está sendo aplicado.

Foram entrevistadas vinte e três mães, destas seis são adolescentes. Das mães adolescentes, uma tem quatorze anos, duas têm quinze anos, duas têm dezesseis anos e uma tem dezessete anos de idade. Das demais, cinco têm vinte anos, quatro têm vinte e um ano, três têm vinte e dois anos, uma tem vinte e três anos, uma tem vinte e sete anos, uma tem trinta anos, uma tem trinta e um ano e a mais velha tem trinta e quatro anos de idade. Os dados revelam que a faixa etária mais significativa foi de vinte a vinte e dois anos.

Das adolescentes, três realizaram AME somente por uma semana, uma com um mês e duas com dois meses. Foi observado que não teve predominância de maior tempo de AME em determinada faixa etária.

Em relação à cor da pele, foram disponibilizadas no instrumento de pesquisa três opções: branca, parda ou negra. Destas, uma mãe se considera branca, dezesseis responderam que se consideram pardas e seis consideram-se negras.

Quanto à escolaridade, a maioria abandonou os estudos durante a gravidez, antes de concluir o ensino fundamental e apenas cinco mães tem como projeto de vida voltar a estudar.

Em relação ao estado civil, no instrumento de pesquisa foram disponibilizadas as seguintes opções: solteira, casada e união estável, sendo que união estável foi o dado mais expressivo. Apenas três são casadas, moram em casa alugada e das entrevistadas somente essas três e mais uma mãe, que tem união estável, estão vivenciando uma família nuclear (pai, mãe e filho). Segundo os dados obtidos nessa pesquisa, somente essas quatro mães moram de casa alugada, ou seja, saíram da casa dos familiares para formar sua própria família. As dezenove restantes moram em casa própria juntamente com os familiares, formando os mais diversos tipos de família. Foi observado que em algumas residências as famílias são numerosas, em duas delas as famílias são compostas por nove pessoas, formando os mais diversos tipos de família. Vejamos uma delas:

... estamos "juntos" há três anos, minha casa é própria, mora também com a gente minha filha, minha mãe, o namorado da minha mãe, meu tio, dois irmãos meu e um filho do namorado da minha mãe, são num total de nove pessoas lá em casa (Joaquina, 21 anos).

Percebemos que nesse universo pesquisado, a família nuclear vem perdendo espaço, visto que apenas quatro das mães entrevistadas estão tendo esta vivência. Destas, apenas uma mãe realizou AME até os três meses, as demais realizaram o AME apenas durante alguns dias, demonstrando que isso não influenciou para que tivesse um aleitamento bem sucedido.

Quanto ao nível socioeconômico foi observado que nove famílias possuem renda *per capita* de até 1/3 de salário mínimo, quatro famílias maior que 1/3 e menor que 1/2 de salário mínimo e cinco famílias superior a 1/2 e inferior a um salário mínimo. Dessas famílias, quatro recebem bolsa família, sendo que o valor referente ao benefício já está incluído no cálculo acima.

De acordo com os dados, um número significativo de mães não planejou e não desejava a gravidez. Das que desejavam a gravidez não houve relação expressiva para um aleitamento bem sucedido ao compararmos ambas.

A gravidez não foi aceita por familiares de três mães. Dessas três, duas preferiram sair de casa, a ter que interromper a gravidez. A outra acabou sendo aceita, passando a ser "o xodó da vovó". Observamos que os familiares das adolescentes aceitaram sem problema a gravidez, o mesmo não aconteceu com

estas três mães, apesar de duas ter vinte anos e uma de trinta e um ano de idade, quer dizer, estas estão em uma faixa etária em que podem se prover. Verificamos que estas três mães não tiveram um aleitamento bem sucedido, duas realizaram desmame precoce com menos de uma semana, ou seja, logo após a alta hospitalar, e a outra conseguiu realizar o AME durante um mês, aquela que a avó acabou aceitando.

Constatamos que um número significativo de mães começou o acompanhamento do pré-natal com menos de três meses de gestação e a maioria teve mais de seis consultas de pré-natal.

Verificamos que houve uma aproximação nos dados encontrados, entre mães que realizaram partos cesarianos e partos normais, quase em cinquenta por cento. Não houve relevância na amamentação para um determinado tipo de parto.

Os dados revelam que a maioria dos bebês não foram colocados para mamar logo após o parto. Dos que foram colocados, houve relevância na amamentação, sendo significativo o índice de AME entre os últimos.

As altas precoces originam um regresso ao domicílio quando a amamentação ainda não se encontra bem estabelecida, o que nos levou a questionar sobre a importância da mãe receber alta hospitalar somente depois que a amamentação já esteja ocorrendo com sucesso, pois neste estudo observamos que somente oito mães passaram mais de três dias internadas. Algumas mães relatam a importância do tempo que passaram internadas e da dificuldade para conseguir amamentar encontrada ao chegar em casa, vejamos o relato de duas mães:

Quando ela nasceu foi muito difícil conseguir butar ela pra mamar, achei foi bom passar quatro dias lá na maternidade, [...] se eu tivesse levado ela pra casa antes de conseguir fazer ela mamar eu tinha me dizisperado e dado logo outro leite pra ela [...] (Valéria, 20 anos).

Na primeira semana foi muito difícil, quando eu tava internada até que nem tanto, porque as enfermeiras me ajudavam, eram ótimas, mais aí quando cheguei em casa a menina num conseguia mais pegar o peito, o peito ficava pedrado, eu ficava mole, como quem tá com febre. O bico do peito esquerdo feriu que saia sangue, mais minha sogra deu de mamar os seis filhos dela, aí ela me dava a maior força, me ajudou muito, muito mesmo, então isso fez com que eu não desistisse. Na outra semana o peito sarou, a nenê começou a pegar melhor, foi indo, foi indo, aí pronto, eu tirei de letra. Ela mama bem e eu tenho muito leite, já cheguei até a doar lá pro banco de leite da maternidade escola. Ela tá só mamano, num dô outra coisa pra ela, É a melhor coisa do mundo, nunca adoeceu, tá bem gordinha, corada, num

me dar trabalho pra tá fazeno comida pra ela e também não dá prejuízo. Mais eu agradeço a minha sogra e as enfermeiras daqui, porque quando eu tenho qualquer dúvida venho aqui e elas me ajudam (Jéssica, 27 anos).

Observamos que todas as mães entrevistadas que passaram mais de três dias internadas, foi por causa de complicações com a mãe ou com a criança, e que logo depois que ambas estavam em alojamento conjunto, tinham alta, não havendo um tempo para estabilizar a amamentação. Acreditamos que foi por esta razão, que não encontramos entre estas mães dados positivos na realização do AME, comparado com as que ficaram internadas por menos tempo.

Quanto à facilidade ou dificuldade para conseguir amamentar nas primeiras tentativas, verificamos que apenas três mães não tiveram dificuldade e que as demais mães demonstraram suas dificuldades, umas mais e outras menos. Das que tiveram facilidade nenhuma conseguiu realizar o AME por mais de dois meses.

Constatamos que todas as mães que receberam visitas domiciliária, foram visitadas por agente de saúde do PSF. As que receberam visita relataram que a mesma foi muito importante, que gostaria de ter recebido mais visitas, tipo marcasse no cartão como se fosse uma consulta, que tivesse um tempo determinado para a realização, destas apenas uma mãe mais de uma visita. As que não receberam, além de terem sentido falta desse tipo de apoio, relatam que a possibilidade de terem conseguido um aleitamento bem sucedido seria maior se tivessem sido acompanhadas. E que com certeza tinha resolvido alguns problemas, tipo: fissura e ingurgitamento mamário, problemas relacionados as mamas mais frequentes encontrados neste estudo. Vejamos o relato de uma mãe:

Meu peito feriu, doía tanto... fiquei doidinha, num me lembrei foi de nada, dei logo foi mingau, se a enfermeira tivesse ido lá em casa, tinha me dito o que fazer, aí eu nem tinha dado mingau pra minha filha (Carolina, 14 anos).

As mães solicitaram esse tipo de acompanhamento, de apoio, por parte de profissionais de saúde para todas as puérperas, principalmente para as primíparas.

Verificamos que as mães visitadas pelos profissionais de saúde do PSF tiveram maior índice de AME em relação as que não foram visitadas.

Os dados mostram que a maioria das mães acham importante ser mãe e que significa muito para elas ter tido esse filho. Constatamos que a maioria também não entende o que seja projeto de vida. Ao perguntar para elas: o seu bebê faz parte do seu projeto de vida? Elas respondiam com a pergunta: o que é isso? Mesmo após a explicação a resposta era tipo: “*Eh! Faz*”, com exceção de três mães que relatam que a criança atrapalha a sua vida.

Todas as entrevistadas responderam que nunca ouviram falar sobre políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno, mas ao perguntar se já viram propaganda sobre amamentação, todas responderam que sim, tanto na TV como através dos meios de comunicação escrita como cartazes, folders, entre outros. Assim, como ao perguntar se na consulta do pré-natal e no acompanhamento da sua criança o profissional de saúde incentiva a mãe a amamentar, todas responderam que sim.

Diante disso, supõe-se que as políticas públicas de aleitamento vêm sendo realizadas, mas parecem estar nas entrelinhas e não explicitamente, visto que as mães enxergam as ações, ou seja, o incentivo do profissional de saúde para um aleitamento materno bem sucedido, as propagandas através dos meios de comunicação, assim como, por meio de cartazes e folders, no entanto as mesmas não conseguem ligar a ação em que é beneficiada com a política, ou seja, não sabem que estas ações fazem parte de uma política de incentivo ao aleitamento materno e que estão sendo contempladas por essa política.

Analisando esses resultados, podemos concluir que as políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno estão em desenvolvimento, mas estão ainda muito aquém do que é necessário chegar, para que tenhamos índices mais elevados de aleitamento materno exclusivo.

Os dados revelam que seis entrevistadas trabalham, mas nenhuma tem carteira assinada. Sendo que três retornaram ao trabalho antes da criança completar um mês e três retornaram antes de a criança completar três meses de vida. Verificamos que a maioria dessas mães trabalhadoras passaram a introduzir outros alimentos diferente do leite materno antes que seu filho completasse um mês de vida. Todas essas seis mães realizaram desmame precoce, comprovando que esse é um forte motivo para que o mesmo aconteça.

Observamos que a maioria das crianças deste estudo usam chupeta. Das que usam comparando com as que não usam, verificamos que o índice de AME foi muito baixo para as que usam chupeta. Esse resultado nos leva a fazer uma relação com o que relatam alguns autores, tais como: Almeida (1999); Bianchi (2014); Carvalho (2001); Gimenez (1997), entre outros, ao afirmarem que o uso de bicos artificiais leva ao fenômeno chamado confusão de bicos, um dos fatores que induz ao desmame precoce.

Ao avaliarmos o conhecimento destas mães sobre aleitamento materno, constatamos que vinte e duas têm conhecimento sobre aleitamento materno e treze destas em sua fala relatam que o leite materno é importante para a criança e que deve ser adotado como alimento exclusivo durante os primeiros seis meses de vida da criança, mas nove, delas não conseguiram utilizar esse conhecimento na prática, por diversos motivos alegados por elas. Vejamos o relato de duas dessas mães:

E: O que você aprendeu sobre amamentação?

P: Aprendi que a amamentação é muito importante pra a criança, que o leite é muito forte, tem muitas vitaminas e tudo que a criança precisa pra crescer forte e saudável e que a criança tem que mamar até os seis mês sem tomar nem água e nem chá.

E: Desde que a Maria Alice nasceu você está dando só leite do peito para ela se alimentar?

P: Não.

E: Com quanto tempo de vida você alimentou sua filha somente com leite materno?

P: Quase dois meses.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação da sua filha?

P: Eu dei de mamar pra ela até quase dois meses, mesmo achano que num sustentava ela, mais também eu preciso sair, num posso ficar com essa menina direto no meus peito.

E: E como você está alimentando sua filha?

P: Estou dando mingau de mucilon com leite ninho de três em três horas (Paula, 15 anos).

E esta:

E: O que você aprendeu sobre amamentação?

C: Aprendi que é muito importante para a criança e para a mãe, que o leite é muito forte e que a criança tem que mamar até os seis meses de vida. A mãe não deve dar nem mesmo água ou chá.

E: Desde que o Anthony nasceu você está dando só leite do peito para ela se alimentar?

C: Não.

E: Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação do seu filho?

C: Olha! Até ele completar um mês, eu dei só leite do peito, mas eu precisava voltar a estudar, então, na primeira semana eu tirava o leite do peito e deixava para minha mãe dar pra ele, mas é muito trabalhoso e às vezes não dava tempo, demorava a tirar o leite, aí eu resolvi comprar NAN1 e dar pra ele. Eu saio de casa 06:30hs, antes de sair eu deixo ele mamar bem muito até ele não querer mais, aí quando ele chora a mamãe faz NAN1 pra ele, durante o período que eu passo fora normalmente ela dar duas vezes leite pra ele. O restante do dia ele mama, só mama mesmo (Carol, 20 anos).

Observamos que os motivos alegados pelas mães por não estarem realizando o AME são diversos e que mesmo as mães que receberam instruções sobre aleitamento materno, assim mesmo comprometem a saúde da criança realizando o desmame precoce.

Veremos a seguir dados que comprovam o conhecimento das mães sobre aleitamento materno:

Veja o que diz Lucia (22 anos), que certamente se referia ao colostro: *“Sei que o leite é bom pra criança, que no começo o leite é amarelo, é como se fosse uma vitamina, depois o leite fica branco, mais continua seno forte”*. E Jéssica (27anos): *“Toda criança que mama tem saúde, o leite é como uma vacina”*.

Quanto ao conhecimento das mães em relação à composição do leite materno, vejamos o que diz algumas mães:

... o leite do peito tem muita vitamina, tem água... (Carolina, 14 anos).

Toda criança que mama tem saúde, que o leite é como uma vacina (Jéssica, 27 anos).

Aprendi que a amamentação é muito importante pra a criança, que o leite é muito forte, tem muitas vitaminas e tudo que a criança precisa pra crescer forte e saudável e que a criança tem que mamar até os seis mês sem tumar nem água e nem chá (Paula, 15 anos).

Observamos nesta pesquisa que algumas mães têm conhecimento da importância do aleitamento materno, vejamos o relato de algumas mães:

... o leite materno é muito importante para a criança, que tem muitos benefícios, tanto pra criança quanto pra mãe... (Ana Cristina, 20 anos).

Aprendi que é muito importante para a criança e para a mãe (Carol, 20 anos).

Sei que amamentação é importante pra mãe... (Joaquina, 21 anos).

Aprendi muita coisa, que amamentar é uma maneira de dar carinho pra criança, que ele precisa muito do leite da mãe (Hadir, 22 anos).

Amamentar é muito importante para a criança, para a família e para mãe. O leite do peito da mãe é forte para sustentar a criança e não podemos deixar outra mulher amamentar seu filho (Luana, 22 anos).

Ah! Amamentar é muito bom pra criança e faz muito bem. A criança que mama não adocece. A amamentação é fundamental para a criança se desenvolver, a mente, o cérebro e o corpo (Nara, 23 anos).

Toda criança que mama tem saúde, o leite da mãe é como se fosse uma vacina (Jéssica, 27 anos).

Que o leite da mãe é muito bom pro crescimento da criança, que ajuda na dentição, que só faz bem (Pedrita, 31 anos).

Amamentar é muito importante pra mãe, pra família e principalmente pra criança (Neta, 34 anos).

Sei que o leite materno é muito bom pra criança, que só faz bem... (Sandra, 20 anos).

Aprendi muita coisa, que amamentar é uma maneira de dar carinho pra criança, que ele precisa muito do leite da mãe, que dar de mamar é uma maneira também de economizar (Hadir, 22 anos).

Sei que o leite materno é muito bom pra criança, que só faz bem, que é prático, não dar trabalho, levo ele pra todo canto e num dar trabalho, levo só frauda, lenço e roupa. É uma beleza, num preciso acordar de madrugada e ir pro fogão" (Sandra, 20 anos).

Observamos que algumas mães têm conhecimento de que a amamentação é importante para o desenvolvimento motor oral. Vejamos o relato de duas mães: *"Sei que leite de peito é muito forte, ajuda a criança a num ficar doente e ajuda no nascimento dos dentes"* (Josilene, 15 anos). E, *"Que o leite da mãe é muito bom pro crescimento da criança, que ajuda na dentição, que só faz bem"* (Pedrita, 31 anos).

Percebemos através desses relatos, que essas mães foram instruídas e

que tem um conhecimento razoável sobre a importância do aleitamento materno.

No presente estudo, a prevalência do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês foi em torno de sessenta e cinco por cento, caindo para vinte e seis por cento no segundo mês, vinte e um por cento no terceiro mês e no quarto mês caiu para aproximadamente quatro por cento. Nesta pesquisa não foi encontrado criança com mais de quatro meses em aleitamento materno exclusivo.

Tal evidência amplia a discussão para as questões que permeiam essa realidade, visto que, de vinte e três mães, dezenove realizaram o desmame precoce, sendo que seis realizaram com menos de dez dias de vida da criança. Vejamos o relato de algumas mães:

Eu dei de mamar pra ela até quase dois meses, mesmo achano que num sustentava ela, mais também eu preciso sair, num posso ficar com essa menina direto no meus peito (Paula, 15 anos).

Olha! Até ele completar um mês, eu dei só leite do peito, mas eu precisava voltar a estudar, então, na primeira semana eu tirava o leite do peito e deixava para minha mãe dar pra ele, mas é muito trabalhoso e às vezes não dava tempo, demorava a tirar o leite, aí eu resolvi comprar NAN1 e dar pra ele. Eu saio de casa 06h30minhs, antes de sair eu deixo ele mamar bem muito até ele não querer mais, aí quando ele chora a mamãe faz NAN1 pra ele, durante o período que eu passo fora normalmente ela dar duas vezes leite pra ele. O restante do dia ele mama, só mama mesmo (Carol, 20 anos).

Eu tía intenção de dar pra ela só o leite do peito, mas cum três dia o bico do meu peito feriu, doía muito quando ela chupava, eu num aguentava, aí mia sogra comprou uma lata de NAN 1 e mandou eu dar de três em três horas até meu peito melhorar. Meu peito vei melhorar só depois de uma semana, aí eu comecei a butar ela no peito, mas pensa que ela ainda quis? Pelejei muito, aí a lata de NAN 1 acabou e num tinha dinheiro pa comprar outra, porque é muito caro, aí minha sogra mandô meu marido ir lá na bodega comprar arrozina e leite ninho, aí ela fez um mingau e a Ana Lia gostou e foi muito (Carolina, 14 anos).

Eu, se não precisasse trabalhar ia dar só peito pra ela, mas meu marido está sem trabalho, então eu tive de voltar a trabalhar o quanto antes. Com quinze dias de resguardo eu resolvi voltar a trabalhar. Meu marido cuida dela bem direitinho. Então, minha mãe ensinou pra gente fazer mingau de nestogeno e maizena de três em três horas. Aí antes de sair eu deixo ela mamar até não querer mais, quando eu chego dou peito pra ela e a noite eu dô só peito. Vou dar de mamar até ela não querer mais (Dara, 21 anos).

Qualquer coisa que eu tiver comeno, quando ela era menor eu dava só líquido, tipo suco, refrigerante, café, cerveja, “ela faz uma careta bem legal quando eu dô cerveja pra ela”... Agora que ela já tá grande, forte, eu dô biscoito, comida de panela. Mas a vovó nem sonha, as vez ela desconfia, aí briga comigo, depois passa (Juliana, 20 anos).

Observamos que são diversos os motivos alegados pelas mães. Cada uma vive uma realidade diferente. No primeiro relato e principalmente no último notamos o descaso. Vejamos algumas alegações feitas pelas mães entrevistadas e encontradas na literatura:

Eu dô mamar pra ele, mas nunca consegui dar só o peito, porque meu leite é muito pouco, ele seca os dois peito e fica chorano. Quando ele era novinho eu dava chá e NAN1 pra complementar, agora eu dô suco, fruta e mingau de maizena com leite ninho, só uma vez no dia e outro de noite. Também, eu num tenho apoio, e, minha mãe fica dizeno: Essa bicha é tão ruim que nem leite cria pa dá po menino (Pedrita, 31 anos).

No relato da mãe acima citada, nos deparamos com os mesmos termos encontrados nos resultados da pesquisa de Pereira (2004) “... *meu leite é muito pouco...*”, mas o que mais contou aqui foi a forma sentimental como essa mãe pronunciou essas palavras, mostrando-nos o sentimento dela em relação à falta de apoio que sente, principalmente da pessoa que ela mais esperava que a apoiasse, levando a uma desmotivação em insistir no aleitamento materno. Mostrando, então, que a falta de apoio familiar para essa mãe, contou muito também para que ela desmamasse sua criança precocemente. Sendo encontrado nesta pesquisa sete mães que relataram não ter tido apoio da família.

Das mães entrevistadas, seis relataram que começaram a introduzir outros alimentos na dieta da criança com **menos de dez dias** de vida, tais como: duas introduziram água, duas introduziram chá, duas introduziram NAN1, uma introduziu mingau (leite ninho com arrozina) e outra que introduzia qualquer líquido (suco, refrigerante, café e até cerveja, segundo a mãe “*acho bonitinho a carreta que ela faz*” (Juliana, 20 anos). Com **quinze dias** de vida da criança, uma mãe introduziu na dieta do bebê mingau (leite nestogeno com maizena). Com **um mês** uma introduziu mingau (leite Itambé com cremogema) e duas introduziram mingau (leite ninho com maizena). Com **dois meses** quatro introduziram mingau (leite ninho com mucilon) e uma NAN2. Com **três meses** uma introduziu mingau (leite ninho com maizena), outra introduziu mingau (leite ninho com mucilon) e uma outra introduziu leite nestogeno. Com **quatro meses** uma introduziu mingau (leite ninho com maizena) e com **cinco meses** uma introduziu mingau (leite ninho com mucilon). No total, doze crianças foram alimentadas com mingau, sendo que, para uma dessas crianças foi trocado os ingredientes do mingau. Observamos que foi recorrente o uso

de leite ninho com mucilon, para seis mães e que a orientação errada e crença de familiares, principalmente de mãe e sogra, em relação a alimentação da criança, visto que no relato das mães algumas mencionam que sua mãe lhe indicou e ensinou o preparo. Além da criança está sendo alimentada de forma errônea, ainda corre o risco do preparo errado, levando a sérias consequências para a saúde da criança, impacto que pode contribuir para a mortalidade infantil.

Verificamos que das entrevistadas seis realizaram o desmame precoce com menos de dez dias de vida da criança, duas com quinze dias, seis com um mês, duas com dois meses e três com três meses de vida da criança.

Constatamos que das mães entrevistadas, dezoito estão realizando aleitamento materno com complemento, ou seja, estão realizando desmame precoce, enquanto que apenas quatro destas mães estão realizando aleitamento materno exclusivo e uma não está mais amamentando. Esta última amamentou sua criança somente até os dois meses de vida, sendo que, quando estava amamentando, alimentava sua criança com leite materno e complemento, significando que, esta é mais uma que realizou o desmame precoce. Ficando em um total de dezenove as mães entrevistadas que realizaram desmame precoce.

As causas de desmame precoce encontradas nesta pesquisa foram: cultura familiar - poder de decisão da pessoa que comanda a casa, visto que a maioria das mães entrevistadas moram com familiares (duas mães); falta de ajuda, incentivo e apoio de familiares (sete mães); falta de apoio no domicílio por profissionais de saúde (quatorze mães); necessidade de trabalhar (sete mães); necessidade de estudar (uma mãe); dificuldade para a criança pegar o peito (vinte mães); dor, devido fissura ou ingurgitamento mamário (quatro mães); choro persistente da criança (seis mães); leite pouco e o leite fraco (seis mães); a criança não quer o peito (duas mães); falta de paciência ou persistência da mãe (quatro mães); falta de vontade da mãe (uma mãe); medo de ficar com peito caído (duas mães) e para uma mãe o pediatra mandou dar complemento (NAN1) para os gêmeos. Algumas mães alegaram mais de um motivo por estarem realizando desmame precoce. Foi observado que a maioria dessas mães alimentam o bebê com leite artificial ou mingau com mais frequência a noite, para não incomodar os familiares ou vizinhos. Ao nos referirmos “dificuldade para a criança pegar o peito”,

verificamos que vinte mães relataram este fato, algumas tiveram fissura, outras, ingurgitamento mamário como também os dois, devido a criança não conseguir pegar o peito corretamente. Isto também levou a mãe a não ter paciência ou não persistir, assim como o choro constante da criança, incomodando familiares e vizinhos e fazendo com que estes busquem outras alternativas para alimentar a criança, já que imaginam que o choro é devido a fome. Tal fato nos leva a crer, que se faz necessário que os profissionais de saúde façam visitas domiciliares a puérpera para ensinar a pega correta, já que faz grande diferença ensinar a mãe a pega, no curso com boneco ou ensinar e não acompanhar, porque as dificuldades vão surgir na prática. Fazendo-se imprescindível o acompanhamento da puérpera, principalmente nesta fase inicial, para que o aleitamento materno seja bem sucedido.

Ao verificarmos como essas mães estão utilizando o que aprenderam, ou seja, ao identificarmos a prática alimentar das crianças atendidas no serviço de puericultura do CPN é que constatamos que apesar de a maioria, ou seja, dezenove mães estarem realizando desmame precoce, temos de levar em consideração que vinte e duas destas mães estão levando a criança ao seio, mesmo que não o façam de maneira exclusiva.

No item a seguir abordaremos a análise dos dados deste estudo.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Terminado o trabalho de campo, passamos a organizar todo o material resultante das entrevistas, das observações registradas no diário de campo, das gravações, da visita domiciliar e do grupo de discussão. Foram todas agrupadas e organizadas. Todos os conteúdos das entrevistas, do diário de campo e do grupo de discussão foram sistematizados e analisados. Segundo Minayo (1994), “os dados devem ser inicialmente ordenados, em seguida classificados e analisados. Sendo que a classificação deve ser realizada tendo em vista as categorias definidas no início da pesquisa, assim como as categorias “nativas” apresentadas pelos sujeitos da pesquisa”.

Iniciamos ordenando todo o material com o intuito de mapear todos os

dados obtidos. Todas as entrevistas, as visitas no domicílio das mães e discussões em grupo foram transcritas, assim como as observações anotadas no diário de campo. As gravações foram ouvidas diversas vezes com a finalidade de identificar as falas, as observações mais significativas e as categorias de análise. Após serem lidas e destacadas as falas e anotações, os dados foram classificados de acordo com as categorias de análise que haviam sido definidas no início da pesquisa, que são: políticas de incentivo ao aleitamento materno, aleitamento materno e desmame precoce.

Em seguida iniciamos a análise dos dados propriamente dita. Foi relido todo o material separado por categoria buscando relacionar os dados obtidos na pesquisa de campo com os referenciais teóricos do estudo, procurando não sair do foco e das questões propostas para investigação.

As conversas com as mães, as gravações, as observações contidas no diário de campo foram de grande valia, uma vez que o exercício de leitura e releitura destes nos levou a compreender os significados contidos nas falas e nas expressões das mães. Tal processo se deu com grande dificuldade. Porém as visitas no domicílio das mães nos fez compreender que apesar de ser perigoso andar pelo bairro, vale a pena fazer visita domiciliária as puérperas, pois acreditamos que o acompanhamento a mesma, através de visita domiciliária é imprescindível para o aleitamento materno bem sucedido.

A seguir trazemos as considerações finais, onde tecemos comentários sobre o aleitamento materno, desmame precoce e apresentamos sugestões com a finalidade de promover e incentivar o aleitamento materno exclusivo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi um grande desafio buscar conhecer o perfil sociodemográfico das mães de crianças atendidas no serviço de puericultura do CPN, avaliar o conhecimento dessas mães sobre aleitamento materno e identificar a prática alimentar das crianças atendidas neste serviço. Porém tal desafio foi muito gratificante, tanto que resolvemos ampliar este estudo, demonstrando todas as vinte e três entrevistas, para não perder nenhum dado.

Muitas foram as dificuldades encontradas no caminho até chegar ao final do processo investigativo desse estudo. Nos deparamos com uma realidade complexa apresentada no cotidiano das mães. A complexidade do meio em que as mães estão inseridas demandou um olhar atento para dar conta dos propósitos a serem investigados. As visitas aos domicílios nos fez compreender algumas das dificuldades que as permeiam, diante de sua realidade.

Esta realidade complexa traduziu-se de princípio com as situações de violência encontradas no bairro em que as mães moram, pois todas as vezes que falávamos com as mães da possibilidade de lhes fazer uma visita elas relatavam sobre a violência e do cuidado que deveríamos ter. A violência repercute na vida dessas mães que vivem temerosas. Elas relataram que frequentemente presenciam cenas violentas e precisam conviver com difíceis perdas, como a morte de primos, irmãos, parentes próximos, vizinhos e amigos envolvidos com o tráfico de drogas e com o crime. Devido aos relatos das mães nos questionamos por diversas vezes da possibilidade de desistir de fazer essas visitas, mas resolvemos fazer as visitas por acreditar que esta traria mais elementos para o estudo.

Fazer essas visitas significava muito, pois as entrevistas já haviam sido realizadas, mas não conseguíamos compreender a realidade vivida pelas mães. O que se tinha era apenas uma noção muito superficial, mas jamais imaginávamos que a realidade era tão “dura”.

Outra dificuldade refere-se a falta de recursos de toda ordem: material; de apoio dos familiares; de ajuda diante das dificuldades para conseguir colocar a criança para mamar da forma correta; de ajuda ao aparecerem problemas com as mamas; de auxílio no cuidado com a criança e de recursos financeiros, principalmente, pois foi constatada uma situação de extrema pobreza nas casas visitadas.

Ao traçarmos o perfil sociodemográfico das mães entrevistadas, constatamos que a faixa etária mais significativa foi de vinte a vinte e dois anos e que a maioria: considera-se parda; possui ensino fundamental incompleto; vive em união estável; mora em casa própria; não planejou e nem desejava a gravidez; acha importante ser mãe e o filho significa muito para ela. Das mães que trabalham,

nenhuma possui carteira assinada e todas retornaram ao trabalho antes dos três meses de vida da criança. A renda familiar *per capita* mais expressiva foi de 1/3 do salário mínimo.

O ato de amamentar exige uma técnica de aprendizagem e prática, visto que, nem sempre as primeiras tentativas são fáceis. Fato comprovado neste estudo, verificamos que apenas três mães não tiveram dificuldades e que vinte mães demonstraram suas dificuldades, umas mais e outras menos.

Ao verificarmos o conhecimento destas mães em relação ao aleitamento materno constatamos que vinte e duas mães possuem conhecimento sobre aleitamento materno e treze destas em sua fala relatam que o leite materno é importante para a criança e que deve ser adotado como alimento exclusivo durante os primeiros seis meses de vida da criança, mas nove dessas não conseguiram utilizar esse conhecimento na sua rotina diária, por diversos motivos alegados por elas.

Neste estudo o índice de aleitamento materno exclusivo foi em torno de sessenta e cinco por cento no primeiro mês, aos dois meses caiu para vinte e seis por cento, aos três meses caiu mais ainda para vinte e um por cento e aos quatro meses passou para quatro por cento. Nesse estudo não foi encontrada criança com mais de quatro meses de vida em aleitamento materno exclusivo. Concluímos que o desmame precoce vem ocorrendo com alto índice entre as mães entrevistadas, assistidas no CPN.

Os dados mostram que das vinte e três mães incluídas no estudo, seis realizaram o desmame precoce com menos de dez dias de vida da criança, duas com quinze dias, seis com um mês, duas com dois meses e três com três meses de vida da criança. A maioria dessas mães estão realizando o desmame precoce, pois apenas quatro destas estão conseguindo realizar o aleitamento materno exclusivo (AME).

Ao verificarmos como essas mães estão utilizando o que aprenderam, constatamos que apesar de a maioria, ou seja, dezenove mães estarem realizando desmame precoce, temos de levar em conta que vinte e duas destas mães estão amamentando, ainda que não exclusivamente.

Constatamos que as entrevistadas não sabem o que é política pública e que não lembram ou nunca ouviram a frase: política de incentivo ao aleitamento materno. No entanto, todas elas relataram que já viram propaganda na TV sobre esse tema, algumas ouviram no rádio e todas já viram cartazes, distribuídos pelo Ministério da Saúde, fixados nas paredes de unidades de saúde e que o profissional de saúde as incentiva a realizar o AME. Algumas relataram que já receberam folder explicativo sobre esse tema.

Diante disso, supõe-se que as políticas públicas de aleitamento vêm sendo realizadas, mas parecem ser ineficientes, visto que as mães enxergam as ações expressas através de propagandas vinculadas nos meios de comunicação, no entanto as mesmas não conseguem identificar essas ações como parte de uma política de incentivo ao aleitamento materno.

Analisando esses resultados, podemos concluir que as políticas de incentivo ao aleitamento materno estão em desenvolvimento, mas estão ainda muito aquém do que é necessário para que tenhamos melhores resultados quanto ao aleitamento materno exclusivo.

Observamos que a maioria das mães possuem conhecimento razoável sobre a importância do aleitamento materno e de seus benefícios, mas por diversos motivos, alegados por elas, não conseguem realizar o AME. Entretanto, apesar de estarem realizando o desmame precoce, ou seja, a introdução de qualquer alimento que não seja leite materno nos primeiros seis meses de vida da criança. Observamos que o aleitamento materno vem ocorrendo, ainda que não de forma exclusiva, demonstrando que está sendo valorizado pela maioria das mães.

Com esta investigação, percebemos que o modo como essas mães vivenciam suas experiências com a amamentação está intimamente relacionado ao seu modo de vida. Levando em conta suas prioridades e a cultura familiar, verificamos que a maioria das mães entrevistadas moram com familiares, mas algumas sentiram falta de ajuda, incentivo e apoio destes, assim como a maioria sentiu falta da visita de profissionais de saúde. Também, a necessidade de trabalhar ou estudar; a dificuldade para a criança pegar o peito; a dor, devido fissura ou ingurgitamento mamário; o choro persistente da criança; o leite pouco e o leite fraco; a criança não quer o peito; a falta de paciência ou persistência da mãe; falta de

vontade da mãe; medo de ficar com peito caído e para uma mãe de gêmeos, o pediatra mandou dar complemento, foram estas as causas de desmame precoce encontradas neste estudo.

Quanto a causa de desmame precoce, “dificuldade para a criança pegar o peito”, encontrada neste estudo, foi constatado que vinte mães foram acometidas de fissura, outras, ingurgitamento mamário como também os dois, ocorrido pelo fato da criança não conseguir pegar o peito corretamente. Isto também levou a mãe a não ter paciência ou não persistir, assim como o choro constante da criança, incomodando familiares e vizinhos e fazendo com que estes busquem outras alternativas para alimentar a criança, já que imaginam que o choro é devido a fome. Tal fato nos leva a crer, que se faz necessário que os profissionais de saúde façam visitas domiciliares a puérpera para ensinar a pega correta, já que faz grande diferença ensinar a mãe a pega, no curso com boneco ou ensinar e não acompanhar, porque as dificuldades vão surgir na prática. Fazendo-se imprescindível o acompanhamento da puérpera, principalmente nesta fase inicial, para que o aleitamento materno seja bem sucedido.

De acordo com os dados, algumas mães sentiram falta de apoio, de familiares e de profissionais de saúde. Segundo Valla (1999), apoio social se define como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Se todas as entrevistadas tivessem tido esse tipo de apoio, fazia diferença nos resultados desta pesquisa? Fica aí a pergunta para posteriores estudos.

Diante da complexidade do universo investigado e das questões decorrentes da pesquisa, consideramos que o tempo destinado ao trabalho de campo e a análise dos dados, não foi suficiente para uma análise mais profunda. No entanto, acreditamos que questões que não foram bem elucidadas nesta pesquisa, poderão ser melhores investigadas em pesquisas futuras. Dessa forma estamos trazendo apenas apontamentos para novas análises e para possíveis investigações.

Sugerimos que sejam escolhidos dois grupos (A e B), de mulheres que estejam no último trimestre de gestação, cada um com dez mulheres. O primeiro tempo da pesquisa seria convidar essas gestantes para fazer parte do estudo, pegar

os contatos e fazer a primeira visita domiciliar no dia em que a puérpera tenha alta hospitalar, depois seria marcado algumas visitas, as primeiras mais próximas e as seguintes mais espaçadas, de acordo com a necessidade. Assim, o processo se repetiria com as dez mulheres. Já o segundo grupo, este não receberia nenhuma visita domiciliar, a entrevista seria realizada no CPN, enquanto a mãe aguardasse atendimento, na consulta marcada entre o quinto e sexto mês de vida da criança. Depois de realizado o trabalho de campo, cruzaríamos os dados para observar se houve diferença nos resultados obtidos entre as mães visitadas e as não visitadas.

Após elucidações, concluímos que seria oportuna a criação de um grupo de mães que amamentam, com o objetivo de incentivar e promover o aleitamento materno bem sucedido. Assim como as altas hospitalares deveriam acontecer somente depois que o aleitamento materno já estivesse estabelecido e as visitas domiciliares que foram citadas pelas mães como importante no processo de aleitamento, seria de suma importante que todas as mães recebessem visitas domiciliares de profissionais de saúde do PSF após o parto.

Acreditamos que, medidas como estas citadas acima, ajudam a incentivar e promover o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança.

REFERÊNCIAS

- ABOUT TRIGR. **Trial to reduce IDDM in genetically risk**, 2008. <http://trigr.epi.usf.edu/about.html>. Acesso em: 10 out, 2014.
- ALENCAR, S. M. S. **A Política Nacional de Aleitamento Materno**. In: O aleitamento materno no contexto atual. Políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier. p. 70-101, 2008.
- ALVES, A. K. L. A Importância da Amamentação. **Revista Nutri Web. NIB/UNICAMP**. Disponível em: www.nutriweb.org.br/n0101/amament.htm-22k. Acesso em 23 jul., 2014.
- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido natureza cultura**. 20a.ed. São Paulo: Fiocruz, 119 p., 1999.
- ANDERSON, J. W.; JOHNSTONE, B. M.; REMLEY, D. T. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. **American Journal of Clinical Nutrition**, [S.l.], v. 70, p. 525-35, 1999.
- ARAÚJO, M. F. M.; FIACO, A. D.; PIMENTEL, L. S.; SCHIMITZ, B. A. S. Custo e economia da pratica do aleitamento materno para a família. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife,4(2):135-141, abr./jun., 2004.
- ARAÚJO, M. F. M.; OTTO, A. F. N.; SCHMITZ, B. A. S. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos Hospitais Amigos da Criança no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 3, n. 4, p. 411– 419, out./dez., 2003b.
- ARAÚJO, O. D.; CUNHA, A. L.; LUSTOSA, L. R.; NERY, I. S.; MENDONÇA, R. C. M.; CAMPELO, S. M. A. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, jul-ago, 61(4): 488-92, 2008.
- ASCARI, R. A.; LANG, A. P. P.; FRIGO, J. Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde Sobre o Aleitamento Materno no Município de Treze Tílias–SC. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 6, n. 1, p. 22-34, 2013.
- BARBOSA, C.; SCHNONBERGER, M. B. Importância do aleitamento materno no desenvolvimento da motricidade oral. In: MARCHESAN, I. Q.; ZORZI, J. L.; GOMES, I. C. eds. Tópicos em Fonoaudiologia. São Paulo: **Lovise**, p. 435-46, 2001.
- BARROS, R. P.; MENDONÇA, R. **A evolução do bem-estar, pobreza e desigualdade no Brasil ao longo das três últimas décadas**, 1960/90. Pesquisa e Planejamento Econômico, v. 25, n. 1, 1995a.
- BARROS, S. M. O. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: Manole, 2006.
- BERCINI, L. O. *et al.* Alimentação da criança no primeiro ano de vida, em Maringá, PR. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá v.6, n.2, p. 404-410, 2007.

BERQUÓ, E.; CUKIER, R.; SPINDEL, C. R.; REA, M. F. **Caracterização e determinantes do aleitamento materno na Grande São Paulo e na Grande Recife**. Cadernos CEBRAP, 2, 1984.

BIANCHI, H. L. **Dicas de Saúde**. Disponível em: < [http:// www.aleitamento.med.br](http://www.aleitamento.med.br) >. Acesso em: 14 de setembro de 2014.

BOLETIM NACIONAL DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA. **Amigo Da Criança - nº30 e 31**, janeiro a setembro, 2000.

BRANDÃO, C. R. **Diário de Campo: a Antropologia como alegoria**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas/ Ministério da Saúde**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Básicos de Saúde, n. 7, 1984. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_crianca.pdf. Acesso em 14 de outubro de 2014.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº31, de 12 outubro de 1992**. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/aleita/resolucao31.pdf>. Acesso em 14 de outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. **Atenção básica e a saúde da família**, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: MS, 2006.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 160 p., 2008. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/blhanv2008.pdf>. Acesso em 14 de outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde, p.195-212, 2009.

_____. Ministério da Saúde. SAÚDE DA CRIANÇA: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. **Caderno de Atenção Básica**, nº 23, Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 108 p., 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança, nutrição infantil: aleitamento materno e**

alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 112 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Básica, n. 23), 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Formação e Intervenção**. Cadernos Humaniza SUS, v. 1, série B. Textos Básicos de Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 193, de 23 de fevereiro de 2010** [Internet], 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/prt0193_23_02_2010.html. Acesso em 14 de outubro de 2014.

_____. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Tradução Livre da Declaração de Nyélény. Foro Mundial pela Soberania Alimentar, Nyélény, Selingue, Mali, 28 de fevereiro de 2007. In: CONSEA. **Manual orientador da 4ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: 2011a.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.1-3, 29 jun. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.48, 24 out., 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, [internet], 82 p., 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em 14 de outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 84 p.: il., 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Brasileira de Comercialização** [Internet]. Portal da Saúde: Profissional e Gestor, 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24231. Acesso em 14 de outubro de 2014.

_____. **Brasil inova na coleta e distribuição de leite materno**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/ciencia-e-tecnologia/inovacao/Cases/banco-de-leite/brasil-inova-na-coleta-e-distribuicao-de-leite-materno>. Acesso em: 01 de junho de 2014.

_____. **Brasil vai ajudar países na redução da mortalidade infantil.** Portal Brasil. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/09/20/brasil-vai-ajudar-paises-na-reducao-da-mortalidade-infantil>. Acesso em: 01 de junho de 2014.

BURBY, L. Reasons to breastfeed your child brought to you by ProMoM. © 1998-2007 ProMoM, Inc. All rights reserved. **Revised May**, 2005.

CABRAL, V. L. M.; CAMPESTRINE, S. Programa de Aleitamento Materno – PALMA. Pontifica Universidade Católica do Paraná. **Mães desejosas de amamentar enfrentam despreparo profissional**, 2010.

CALLEJO, J. **El Grupo de Discusión:** Introducción a una Práctica de Investigación. Barcelona: Ariel, 2001.

CARVALHO, M. R. M. **Mamadeiras e chupetas são desnecessárias:** amamentação evita hábitos orais viciosos. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.aleitamento.med.br>. Acesso em: 26 de abril de 2014.

CARRASCOZA, K. C.; POSSOBON, R. F.; AMBROSANO, G. M. B.; JÚNIOR, A. L. C.; MORAES, A. B. A. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.16, n.10, pp. 4139-4146, 2011.

CATTONI, D. M; NEIVA, F. C. B; ISSLER, H; RAMOS, J. L. A. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **Jornal de Pediatria**. Vol. 79, Nº1: 9, 2003.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. **Saúde Materno-Infantil no Ceará** - Resultados das PSMICs, 1,2 e 3. Fortaleza, dez., 1995.

_____. Secretaria Da Saúde Do Estado Do Ceará (SESA) 2003-2006. **A Saúde no Ceará** – Uma Construção de Todos. Relatório da Gestão 2003-2006, editora omhi, Fortaleza-Ceará, 2006.

CÉSAR, J. A.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; SANTOS, I. S.; FLORES, J. A. Impacto of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. **British Medical Journal**, 318(7194): p.1316-1320, 1999.

CURY, M. T. F. Aleitamento Materno. In: ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. Rio de Janeiro: **Cultura Médica**, p. 287-313, 2004.

CRUZ NETO, O. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

DOMELLOF, M. *et al.* Iron supplementation of breast-fed Honduras and Swedish infants from 4 to 9 months of age. **The Journal of Pediatrics**. [S.l.], v. 138, p. 679-87, 2001.

FABRA, M. L.; DOMÈNECH, M. **Hablar y Escuchar**. Barcelona: Paidós, 2001.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, [online]. vol.19, n.5, pp. 623-630, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141552732006000500010&scrip>. Acesso em: 14 out., 2014.

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Consensus statement: breastfeeding as a family planning method. **The Lancet**, p.1204-1205, 1988.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 6th ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FREUDENHEIM, J. et al. Exposure to breast milk in infancy and the risk of breast cancer. **Epidemiology**, 5:p.324-331, 1994.

FROTA, M. A.; COSTA, F. L.; SOARES, S. D.; FILHO, O. A. S.; ALBUQUERQUE, C. M.; CASIMIRO, C. F. Fatores que interferem no aleitamento materno. **Rev. Rene**, vol.10, n 3, p 61-67, 2009.

GAO, Y. T.; SHU, X. O.; DAÍ, Q.; POTTER, J. D.; BRINTON, L. A.; WEN, W.; SELLERS, T. A. et al. Association of menstrual and reproductive factors with breast cancer risk: results from the Shanghai Breast Cancer Study. **Int J Cancer**, 87:295-300, 2000.

GARCIA, D. L. **Manutenção do aleitamento materno**. Dissertação (mestrado). Universidade Candido Mendes. Pós-graduação lato sensu AVM Faculdade Integrada. Orientadora: Maria Esther de Araújo. Co-orientadora: Giselle Böger Brand. 58 p. Foz do Jordão, 2013.

GIMENEZ, S. R. M. L. Fonoaudiologia: as inúmeras vantagens da amamentação no crescimento e desenvolvimento das estruturas do aparelho estomatognático. **Revista Ortodôntica**. Ano VIII, n. 48, março/abril, 1997. Disponível em: <http://www.aleitamento.med.br>. Acesso em 26 de abril de 2014.

GIUGLIANI, E. R. J. **Amamentação exclusiva e sua promoção**. In: Carvalho MRC, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 12-24, 2002.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria** - Vol. 80, Nº5 (supl.), 2004.

GIULIANI, R. N.; OLIVEIRA, J.; SANTOS, B. Z.; BOSCO, V. L. O **Início do Desmame Precoce**: Motivos das Mães Assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis/SC para esta Prática. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 12(1):53-58, jan./mar., 2012.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. *et al.*, organizadores. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, p. 67-80, 2002.

GUIMARÃES, M. V. T. N.; MOREIRA, G. H. G.; ROCHA, L. P.; NICOLUZZI, J. E. L.; SOUZA, C. J. F.; REPKA, J. C. D. Ação da l-arginina na evolução de retalhos cutâneos de ratos sob exposição à nicotina. **Rev. Col. Bras. Cir.** vol. 40 no.1 Rio de Janeiro Jan./Fev., 2013.

GUYTON, A. C. **Tratado de Fisiologia Médica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, ISBN 85-277-0713-6, 2002.

IBFAN. **Atualidades em amamentação**. Nº 54. Chupetas e Amamentação, 2014. Disponível em: <http://www.aleitamento.med.br>. Acesso em 26 de dezembro de 2014.

IBFAN. **Atualidades em amamentação**, 2001. Disponível em: <http://www.aleitamento.med.br>. Acesso em 26 de agosto de 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados do Censo 2010**. Publicados no Diário Oficial da União do dia 04 de novembro, 2010. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=31. Acesso em 14 de agosto de 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados do Censo 2010**. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/es/noticiascenso?view=noticia&id=1&idnoticia=2436&busca=1&t=30-anos-ne-tem-maior-ganho-esperanca-vida-12-95>. Acesso em 14 de maio de 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade**. Brasil, 2010. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/websevice/frm_piramide.php?codiqo. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados do Censo 2004**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas; Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas; Informação Demográfica e Socioeconômica. Número 15. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2004/indic_sociais2004.pdf. Acesso 14 de maio de 2014.

ICHISATO, S. M. T. and SHIMO, A. K. K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. vol.10, n.4, pp. 578-585, 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000400016>. Acesso em 31 de maio de 2014.

INAN/UNICEF. **Estudo do aleitamento materno na Grande São Paulo e na Grande Recife em 1981**. Brasília, UNICEF, 41p. (Documento 8202), 1981.

JELLIFFE, D. B.; JELLIFFE, E. F. P. **The Brazilian National Breastfeeding Program**. Report of a Visit. Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

JENSON, H. A. L.; HAL, B. **Tratado de pediatria**. Rio de Janeiro. RJ Editora

Guanabara Koogan, 2002.

JUNQUEIRA, P. **Amamentação, hábitos orais e mastigação**. Orientações, cuidados e dicas. Rio de Janeiro: Ed. Revinter; 2000.

_____. **Amamentação, hábitos orais e mastigação**: orientações, cuidados e dicas. 3a. ed. Rio de Janeiro: Revinter; c., p. 9-10, 2005.

LABBOK, M. H. Effects of breastfeeding on the mother. **Pediatr Clin North Am.** 48:143-58, 2001.

LAMOUNIER, J. A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**. Vol. 79, Nº4, p. 284, 2003.

LAVILLE, C.; DIONE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed, Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 1999.

LEITE, I. C. G.; RODRIGUES, C. C.; FARIA, A. R.; MEDEIROS, G. V.; PIRES, L. A. Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. **Revista da Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas**, 53:151-5, 1999.

LIMA, T. M.; OSORIO, M. M. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da Região Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 3, n. 3, p. 305-314, jul./set., 2003.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

MAGNANI, J. G. C. De Perto e de Dentro: Notas para uma Etnografia Urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.17, n. 49. São Paulo, 2002.

MARQUES, E. S; COTTA, R. M. M; BOTELHO, M. I. V; FRANCESCHINI, S. C. C; ARAÚJO, R. M. A; LOPES, L. L. Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. 20(1):261 -281, 2010. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a14v20n1.pdf>. Acesso em 14 de outubro de 2014.

MARTINS, E. J, GIUGLIANI, E. R. J. Which women breastfeed for 2 years or more? **J Pediatr**. Rio J. 2012 Feb;88(1):67–73, 2012.

MARTINS, C. C.; VIEIRA, G. O.; VIEIRA, T. O.; MENDES, C. M. C. Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n.1, p. 167-178. Feira de Santana, 2011.

MEINERZ, C. B. Grupos de discussão: uma opção metodológica na pesquisa em educação. **Educação & Realidade**, v. 36, n. 2, 2011.

MELO, A. M. C. A.; CABRAL, P. C.; ALBINO, E.; MOURA, L. M. D.; MENEZES, A. E. B.; WANDERLEY, L. G. Conhecimento e atitudes sobre aleitamento materno em primíparas da cidade do Recife, Pernambuco. **Rev. Brás. Saúde Matern. Infant.**

Recife, 2(2): p.137-142, maio - agosto, 2002.

MERCER, J. S.; ERICKSON-OWENS, G. B.; HALEY, M. M. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. **J Midwifery Womens Health**. 52:262-72, 2007.

MICHAELSSON, K.; BARON, J. A.; FARAHMAND, B. Y.; LJUNGHALL, S. Influence of parity and lactation on hip fracture risk. **Am J Epidemiol**,153:1166-72, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Manual de instruções para preenchimento da declaração de nascido vivo**. Brasília (BR): Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

_____. **Pesquisa da prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Rede Amamenta Brasil. Caderno do Tutor. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 118p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cadernotutor_amamenta.pdf. Acesso em 24 de maio de 2014.

_____. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.415, de 12 de dezembro de 1996**. DO 246, de 19 de dezembro de 1996.

_____. PNDS 2006. **Pesquisa Nacional revela Situação da Mulher, da Criança e do Aleitamento**, 2008. Disponível em: <http://.aleitamento.com/artigos.asp>. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde Brasília .18p., 2010.

_____. **Relatório de gestão 2007-2010**. Coordenação-geral de Alimentação e Nutrição. DAB/SAS. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 107p., 2011. <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/relatorioGestao2010.pdf>. Acesso em: 14 de maio de 2014.

MONTEIRO, J. C. S.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. O aleitamento materno enquanto uma prática construída: Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. **Rev. Invest. Educ. Enferm.**, vol.29, n.2, pp. 315-321, 2011.

MÜLLER A. C. **Econologia do aleitamento materno**. PUCPR Campus Curitiba,

outubro, 2003.

NEIVA, F. C. B.; CATTONI, D. M.; RAMOS, J. L. A.; ISSLER, H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, vol.79, nº.1, Porto Alegre, Janeiro/Fevereiro, 2003.

NOGUEIRA, C. M. R. **Conhecimento sobre aleitamento materno de parturientes e prática de aleitamento cruzado na Unidade Hospitalar e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa – Horizonte - Ceará.** 58 f., tab. Orientador: Bittencourt, Sonia Duarte de Azevedo Oliveira, Maria Inês Couto de Dissertação (mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

NOVAES, R. **Os jovens de hoje:** contextos, diferenças e trajetórias. Culturas jovens: novos mapas do afeto. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed, p. 105-120, 2006.

OLIVEIRA, R. C. Olhar, ouvir, escrever. **O trabalho do antropólogo.** São Paulo: Editora UNESP, 1998.

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B.; SOUZA, I. E. O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(6):1901-1910, nov-dez, 2005.

OLIVEIRA, L. P. M; ASSIS, A. M. O; GOMES, G. S. S; PRADO, M. S; BARRETO, M. L. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, Rio de Janeiro, set./out., 2005.

OLIVEIRA, A. B.; SOUZA, F. P.; CHIAPPETTA, A. L. M. L. Relação entre hábitos de sucção não - nutritiva, tipo de aleitamento e má oclusões em crianças com dentição decídua [Resumo]. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 352-359, 2006.

OLIVEIRA, R. C. **O Trabalho do Antropólogo:** Olhar, Ouvir, Escrever. 2ª ed. Brasília: Paralelo 5; São Paulo: Ed. Unesp, 2006.

OLIVEIRA, P. M. P.; REBOUÇAS, C. B. A.; PAGLIUCA, L. M. F. Literatura de cordel como meio de promoção para o aleitamento materno. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, jun.; 12 (2): 217 – 23, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Alimentação Infantil:** Bases Fisiológicas. São Paulo: James Akre Editor, 1994.

_____. UNICEF (Fundação das Nações Unidas para a Infância) **Proteção, Promoção e apoio ao aleitamento Materno.** O papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra: Organização Pan-Americana de Saúde, 1989.

_____. Dez passos para o sucesso do aleitamento, 1989. Disponível em: <http://www.aleitamento.med.br>. Acesso em 14 de setembro de 2014.

_____. UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). **Declaração Conjunta: O Papel Especial dos Serviços Materno-Infantis**. Brasília: OMS/UNICEF, 1989.

_____. OMS/UNICEF. **A Alimentação artificial**. Unidade de Nutrição. Escritório Regional para a Europa, Copenhague, n.09.1997. OPAS. Ações de saúde materno infantil a nível local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância. Led., p. 55-100, 1997.

_____. **Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância**. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/documentos>. Acesso em 10 de agosto de 2014.

_____. **Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância**. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/documentos>. Acesso em: 10 agosto, 2014.

_____. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis**. Uma declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra. ISBN 92806 00419, 1989.

_____. **Os dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos**. Brasília: OMS/OPAS, 2000.

_____. **Nutrición del lactante y del niño pequeño: Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño**, 2002.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N. T. **Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS**. O Mundo da Saúde São Paulo, 32(4):466-474, 2008.

PEDROSO, G. C.; PUCCINI, R. F.; SILVA, E. M. K.; SILVA, N. N.; ALVES, M. C. G. P. Prevalência de aleitamento materno e introdução precoce de suplementos alimentares em área urbana do sudeste do Brasil, Embu, SP. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 4 (1), 45-58, 2004.

PERCEGONI, N.; ARAUO, R. M. A.; SILVA, M. M. S.; EUCLYDES, M. P.; TINÔCO, A. L. A. Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais/Knowledge about maternal nursing of mothers attended at two hospitais in the city of Viçosa, Minas Gerais, Brazil. **Revista de Nutrição**, 15(1):29-35, jan.-abr. tab, Graf., 2002.

PEREIRA, R. S. V.; OLIVEIRA, M. I. C.; ANDRADE, C. L. T. A.; BRITO, A. S. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, dez. 26(12): 2343-54, 2010.

PEREIRA, M. A. **Aleitamento Materno: Estabelecimento e prolongamento da amamentação, intervenções para o seu sucesso**. Porto: ICBAS-UP, 2004.

QUELUZ, M. C.; PEREIRA, M. J.; SANTOS, C. B.; LEITE, A. M.; RICCO, R. G. Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding in the city of Serrana, São Paulo, Brazil. **Rev Esc Enferm., USP**. Portuguese. 46(3):537-43, 2012.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 385-390, set./out., 2003.

_____. Amamentação, desmame, mulher, relação biológico-social. **Jornal de Pediatria**. 79 (5): 385-390, 2003.

_____. Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno-infantil em Teresina, Piauí. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, vol.3 no.3 Recife Julho/Setembro, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292003000300010>. Acesso em 25 de maio de 2014.

RAMOS, S. B. **Causas do desmame precoce e estratégias de intervenção para sua prevenção**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Governador Valadares. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), 29p, 2011.

REA, M. F. The Brazilian National Breastfeeding Program: A success story. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, 31(Sup.1):79-82, 1990.

_____. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (Supl.1): S37-S45, 2003.

_____. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, 80(5 Supl.):S142-S146, 2004.

REA, M. F.; CUKIER, R. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. **Revista de Saúde pública**, São Paulo, 22:184- 91,1988.

REUNIÃO CONJUNTA OMS/UNICEF. **Sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância**: declaração, recomendações e relação dos participantes; 1979 9-12 out.; Genebra, Suíça. Brasília, DF: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 1980.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. Mamas. Lactação. In: Rezende J, organizador. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 400-403, 2005.

RIBEIRO, M. E.; SAID, R. A.; VIEIRA, M. P. G.; ROCHA, I. L. F.; GOMES, D. M. O conhecimento das mães sobre aleitamento materno no Hospital São Lucas – Juazeiro do Norte (CE). **Rev. de Nutrição**, Campinas, 15(1): p.29-35, jan/abr., 2002.

RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L. A.; and ALMEIDA, C. A. N. "Mama normal: anatomia, embriologia e lactogênese." Issler H. **O aleitamento materno no contexto atual**: políticas, prática e bases científicas. São Paulo: Sarvier. 303-6, 2008.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUES, C. R. M. *et al.* Prevalência de anemia ferropriva e marcadores de risco associados em crianças entre 12 e 18 meses de idade atendidas nos ambulatórios do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira. **J Pediatr**. Rio J, v. 73, n. 3, p. 189-94, 1997.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**. novembro-dezembro; 13(6):1027-34, 2005. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso em outubro de 2014.

SANDRE-PEREIRA, G.; COLARES, L. G. T.; CARMO, M. G. T.; SOARES, E. A. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(2):457-466, abr-jun., 2000.

SANDRE-PEREIRA, G. Amamentação e sexualidade. **Rev. Estud. Fem.** vol.11 no. 2 Florianópolis Julho/Dezembro, 2003.

SANTIAGO, L. B.; BETTIOL, M. A.; BARBIERI, M. A.; GUTTIERREZ, M. R. P.; CIAMPO, L. A. D. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79, n.6 nov./dez., 2003.

SCHMITZ, E. M. R. *et al.* **A Enfermagem em pediatria e puericultura**. Ed. Atheneu, 2000.

SILVA, S. F. S.; MARTELLI, P. J. L.; SÁ, D. A.; CABRAL, A. P.; PIMENTEL, F. C.; MONTEIRO, I. S.; MACEDO, C. L.; MACEDO, S. V. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. Analysis of the progress of the oral health teams inserted in the Family Health Strategy in Pernambuco, Northeast Region, Brazil, 2002 until 2005. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1):211-220, 2011.

SOARES, M. E. M. *et al.* **Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança**, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (São Paulo). **Departamento de Nutrologia. Manual de orientação**: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola. São Paulo, 64 p., 2006.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. **Amamentação e Situação Nutricional das Mães e Crianças**. 1996. Rio de Janeiro, p. 125-138, 1997.

SOUZA, M. B. M.; ALMEIDA, J. A. G. História da alimentação do lactente no Brasil: do leite fraco à biologia da excepcionalidade. Rio de Janeiro: **Revinter**, 2005.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. 1a ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1999.

TERUYA, K. **Ritmo das mamadas**. Entrevista a Dráuzio Varella. Disponível em: http://drauziovarella.ig.com.br/entrevistas/aleitamento_keiko.asp-15k. Acesso em: 20 maio, 2014.

TERUYA, K.; COUTINHO, B. S. **Sobrevivência infantil e aleitamento materno**. In: REGO, J. D. Aleitamento Materno. São Paulo: Atheneu, p. 5 -19, 2002.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 24, supl. 2, p. S235-46, Rio de Janeiro, 2008.

TUNG, K. H.; GOODMAN, M. T.; WU ANNA, H.; MCDUFFIE, K.; WILKENS, L. R.; KOLONEL, L. N. et al. Reproductive factors and epithelial ovarian cancer risk by histologic type: a multiethnic case-control study. **Am J Epidemiol**. 158:629-38, 2003.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). **Situação mundial da infância**, New York: UNICEF, 1993.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, vol.15 supl. 2. Rio de Janeiro,1999.

VANNUCHI, M. T. O.; MONTEIRO, C. A.; RÉA, M. F.; ANDRADE, S. M.; MATSUO, T. Iniciativa hospital amigo da criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 422-8, jun., 2004.

VENÂNCIO, S. I. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 1-2, jan./fev., 2003.

VENÂNCIO, S. I.; ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, 5, p. 173-180, nov., 2004.

VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. I.; KITOKO, P.; REA, M. F.; MONTEIRO, C. A. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, 36:313-8, 2002.

VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; SALDIVA, S. R. D. M.; GIUGLIANI, E. R. J. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, 86:317-24, 2010.

VINAGRE, R. D; DINIZ, E. D. A; VAZ, F. A. C. Leite humano: um pouco de sua história. **Pediatria**. São Paulo, 23(4):340-5, 2001.

WEIGERT, E. M. L.; GIUGLIANI, E. R. J.; FRANÇA, M. C. T.; OLIVEIRA, L. D.; BONILHA, A.; ESPÍRITO SANTO, L. C.; KÖHLER, C. V. F. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **J. Pediatr**. Rio J. vol. 81 no. 4 Porto Alegre, julho/agosto, 2005.

WELLER, W. **Grupos de Discussão na Pesquisa com Adolescentes e Jovens: Aportes Teóricos - metodológicos e Análise de uma Experiência com o Método.** Educação Pesquisa, São Paulo, v. 32, n. 2, 2006.

WELLER, W. Grupos de Discussão: Aspectos Teóricos e Metodológicos. In: WELLER, W.; PFAFF, N. (Orgs.). **Metodologias da Pesquisa Qualitativa em Educação: Teoria e Prática.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant

and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. **Lancet**, [S.l.], v. 355, p. 451-5, 2000.

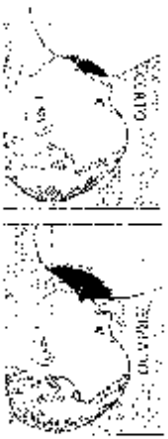
_____. **The optimal duration of exclusive breastfeeding.** Results of a WHO systematic review. Geneva: World Health Organization, 2001.

_____. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices.** Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington, 2007a.

_____. **Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes.** Geneva: WHO, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Folder elaborado pela pesquisadora e entregue para as mães no grupo de discussão



PROBLEMAS MAIS FREQUENTES DA AMAMENTAÇÃO E COMO PREVENI-LOS



Fissura ou rachadura: Ferimento

Prevenção:

- ❖ Não usar sabonete na região escura do peito;
- ❖ Manter os mamilos secos;
- ❖ Dar banho de sol duas vezes;
- ❖ Posicionar o bebê corretamente e passar o próprio leite na rachadura;
- ❖ Alisar a pele ao bebê.

Mammas empeltradas:

Relevância de leite acompanhada de dor na mama, podendo apresentar vermelhidão e aumento da temperatura (no local).

Prevenção:

- ❖ Retirar o excesso de leite e colocar o bebê para sugar em livre demanda;
- ❖ Ajustar a pega do bebê.

Pouco leite:

Amamentar com frequência, pois quanto mais o bebê sugar, maior a produção de leite na mãe.

Mastite e abscesso:

Processo infeccioso que apresenta dor contínua e aumento de temperatura (no local e corporal), inchaço e vermelhidão na mama. No abscesso há presença de "pus".

Prevenção:

Se tiver com mastite pode amamentar, mas deve procurar o médico.

Leite azedo:

Pode ocorrer quando se faz uso frequente de chupeta ou se a mãe estiver tomando alguma medicação incompatível com o aleitamento materno.

Prevenção:

- ❖ Dar de mamar mais vezes;
- ❖ Olerocer as duas mamas em cada mamada;
- ❖ Evitar o uso de mamadeiras e chupeta;
- ❖ Ingerir muito líquido e descansar.

NÃO ESQUEÇA:

Amamentar é nutrir com amor

Alimentar seu filho com este precioso líquido

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Promoção e Aleitamento Materno. 2ª Ed., revista. Album Saúde 19p. Brasília, 2007.

Autor:

Maria de Fátima Farias Valente

Maestranda do curso de Pós-graduação em Planejamento e Políticas Públicas

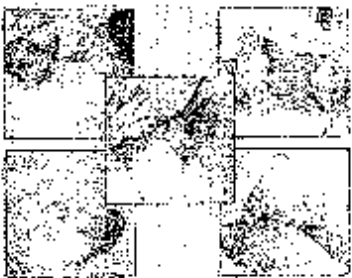
Afilição:

Universidade Estadual do Ceará - UCEC



Universidade Federal do Ceará - UFC
 Centro de Desenvolvimento Científico - CDDC-214
 Caixa de Pócoro Normal - CPPN

AMAMENTAÇÃO: PONTE DE ALIMENTAÇÃO E UM ATO DE AMOR À VIDA



PRÁ VOCE,
 É LEITE,
 PARA CRIANÇA
 É VIDA.

Fortaleza - 2015

AMAMENTAÇÃO

Leite materno: símbolo de saúde bem alimentada

O leite materno é o melhor e mais completo alimento para o seu bebê, fortalecendo o sistema imunológico da criança e prevenindo de muitas doenças.

BENEFÍCIOS PARA A CRIANÇA

- ❖ Alimento completo.
 - ❖ Proteção contra infecções e alergias.
 - ❖ Sempre pronto e na quantidade adequada.
 - ❖ Amor e carinho.
 - ❖ Usa para a dentição e para falar.
 - ❖ Bom para o desenvolvimento infantil.
 - ❖ Diminui o aparecimento de cáries.
 - ❖ Evita otites e infecções respiratórias.
 - ❖ Diminui as chances de desenvolver diabetes e hipertensão.
- ### BENEFÍCIOS PARA A MÃE
- ❖ É econômico e barato.
 - ❖ Diminui sangramento pós-parto e previne anemia materna.
 - ❖ Diminui o risco de câncer de mama e de ovários.
 - ❖ Anticoncepcional natural quando o bebê está em amamentação exclusiva – AME.
 - ❖ Aumenta os laços afetivos com a criança.
 - ❖ A mulher não necessita ganhar peso.
- AME – Amamentação Materna Exclusiva.

COMO PREPARAR AS MAMAS?

- ❖ Não use cremes, perfumes, sabão ou sabonete nas mamilos.
- ❖ Não espremer o seio durante a gestação.
- ❖ Usar sutiã de alças largas que fique sem sustentação do peito.
- ❖ Dar banho de sol nas mamas durante uns de 5 a 10 minutos.

É SE ENTRA TRABALHADO?

Ordem de chegada do leite do peito: Quando?

Quando a mãe e o bebê não podem ficar juntos, a mãe tem leite em excesso ou deseja doar leite.



Como retirar o leite:

Deve-se fazer a retirada manual com cuidado para não irritar o leite, despreze as primeiras gotas e grande volume em um recipiente de vidro com tampa de plástico. Limpe o bico por 15 minutos.

Armazenamento:

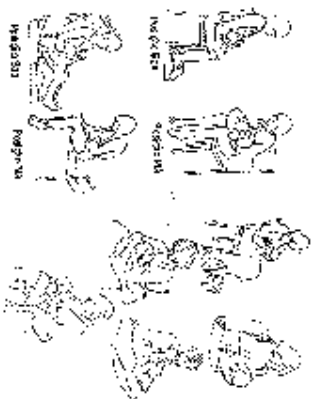
O leite pode ser refrigerado por até 12 horas no congelador até 15 dias. Antes de ser utilizado deve ser aquecido em banho-maria. O leite deve ser oferecido ao bebê com colher, copo ou xicara.

Lembre-se:

- ❖ Despejar o leite sobrou.
- ❖ Não esquentar leite de outra mãe, a não ser que provém de banco de leite.

QUAL A FORMA CORRETA DE AMAMENTAR?

A mãe escolhe a posição que achar mais confortável.



Posicionamento e Posura:

- ❖ O corpo do bebê deve estar inteiramente de frente para a mãe e bem próximo (chegada do bico voltado para o corpo da mãe).
- ❖ O bebê deve estar alinhado, a cabeça e a coluna em linha reta, no mesmo eixo.
- ❖ A boca do bebê deve estar de frente para o bico do peito.
- ❖ A mãe deve apoiar com o braço e mão o corpo e o "bumbum" do bebê.
- ❖ O queixo do bebê deve estar tocado o peito da mãe.
- ❖ Aproximar a boca do bebê bem de frente ao peito, para que ele possa abocanhar a maior parte da areola (não apenas o mamilão e arredondada do peito) e o bico certo de bico.
- ❖ Se a mama estiver muito cheia espremer um pouco a areola antes da mamada.
- ❖ Dar ao bebê espaço para a respirar antes de colocar na outra mama.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,
RG _____, declaro, por meio deste termo, que concordo participar da pesquisa referente ao projeto intitulado **“A EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO EM COMBATE AO DESMAME PRECOCE: UM ESTUDO REALIZADO COM AS MÃES DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA UNIDADE DE PUERICULTURA DO CPN”**, desenvolvida pelo Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fui informada, ainda, de que a pesquisa será realizada pela pesquisadora Maria de Fátima Farias Valente e orientada pela Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Ferreira Osterne, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário, através do telefone número (85) 8861-3572 ou pelo e-mail fatima.farias.valente@hotmail.com.

Aceitei participar da pesquisa por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada do objetivo estritamente acadêmico do estudo, que, em linhas gerais é avaliar o conhecimento das mães sobre aleitamento materno e identificar a prática alimentar das crianças atendidas no serviço de puericultura do CPN.

Fui também esclarecida de que o uso das informações oferecidas por mim, estão submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Ética de Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CEP/UECE).

Estou ciente de que a minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevistas a serem gravadas a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e pela orientadora.

Estou ciente também de que, caso tenha dúvida ou me sinta prejudicada, poderei contatar a pesquisadora responsável ou sua orientadora ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UECE.

A pesquisadora principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão de Ética em Pesquisa.

Fui ainda informada de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para mim e sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimento.

Fortaleza, ____/____/_____.

Assinatura da participante

Maria de Fátima Farias Valente
Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para adolescentes

Eu, _____,
RG _____, declaro, por meio deste termo, que concordei
que minha filha _____,
nascida em ____/____/_____, participe da pesquisa referente ao projeto
intitulado **“A EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO
MATERNO EM COMBATE AO DESMAME PRECOCE: UM ESTUDO REALIZADO
COM AS MÃES DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA UNIDADE DE PUERICULTURA
DO CPN”**, desenvolvida pelo Programa de Pós-Graduação em Planejamento e
Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fui informado (a),
ainda, de que a pesquisa será realizada pela pesquisadora Maria de Fátima Farias
Valente e orientada pela Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Ferreira Osterne, a quem
poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário, através do telefone
número (85) 8861-3572 ou pelo e-mail fatima.farias.valente@hotmail.com.

Aceitei que minha filha participe da pesquisa por minha própria vontade,
sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar
para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) do objetivo estritamente acadêmico
do estudo, que, em linhas gerais é avaliar o conhecimento das mães sobre
aleitamento materno e identificar a prática alimentar das crianças atendidas no
serviço de puericultura do CPN.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações oferecidas
por minha filha estão submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa
envolvendo seres humanos, da Comissão Ética de Pesquisa da Universidade
Estadual do Ceará (CEP/UECE).

Estou ciente de que a colaboração da minha filha se fará de forma
anônima, por meio de entrevistas a serem gravadas a partir da assinatura desta
autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela
pesquisadora e pela orientadora.

Estou ciente também de que, caso tenha dúvida ou me sinta prejudicado
(a), ou que minha filha esteja sendo prejudicada, poderei contatar a pesquisadora

responsável ou sua orientadora ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UECE.

A pesquisadora principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão de Ética em Pesquisa.

Fui ainda informado (a) de que minha filha pode se retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para mim ou para ela e sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimento.

Fortaleza, ____/____/_____.

Assinatura do (a) responsável pela participante

Maria de Fátima Farias Valente
Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE D: Roteiro de entrevista

PARTE I - DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Nome completo:	
1. Idade: _____	1. _____
2. Escolaridade: _____ Está estudando?	2. _____
3. Estado civil: 1- solteira 2 - casada 3 - união estável 4 -viúva 5- separada/divorciada	3. _____
4. Você se considera: _____ 1 – branca 2 – parda 3 – negra	4. _____
5. Recebe algum benefício do governo: _____ Qual(is): _____	5. _____
6. Renda familiar: _____	6. _____
7. Quantas pessoas dependem dessa renda? _____ pessoas	7. _____
8. Quantas pessoas moram na sua residência, quem são?	8. _____
9. Tipo de moradia: _____ 1 – própria 2 - alugada 3 – cedida	9. _____

PARTE II – DADOS DIVERSOS

9. Idade do bebê no momento da entrevista:	9. _____
10. Está amamentando? 1 - sim exclusivamente 2 - sim mista 3 – não	10. _____
11. Seu bebê usa chupeta? _____ 1 – sim 2 - não	11. _____
12. Qual foi seu parto? _____ 1- normal 2- cesariano 3- fórceps	12. _____
13. Logo após o nascimento colocaram o seu bebê em contato com você, pele a pele para incentivar a amamentação? _____ 1 – sim 2 - não	13. _____
14. Passou quantos dias internada?	14. _____
15. Você achou que o tempo que ficou internada foi suficiente para aprender a colocar seu bebê para mamar? _____ 1 – sim 2 - não	15. _____
16. Durante o tempo que você ficou internada os profissionais de saúde lhe auxiliaram/ensinaram a colocar o bebê para sugar?	16. _____
17. Foi fácil conseguir amamentar nas primeiras tentativas? Porque?	17. _____
18. Quais foram suas dificuldades? _____ _____ _____	18. _____
19. Passou quanto tempo para conseguir amamentar da forma correta?	19. _____
20. Durante a gravidez você participou do curso de gestante? _____ 1 – sim 2 - não	20. _____
21. Se participou, lhe ensinaram as técnicas da amamentação? _____ 1 – sim 2 - não	21. _____
22. Com quantos meses você começou o pré-natal? Porque? _____	22. _____
23. Realizou quantas consultas de pré-natal: _____ Se poucas, por quê? _____	23. _____
24. Durante a gravidez você recebeu orientações sobre amamentação? _____ 1 – sim 2 - não	24. _____
25. No pré-natal lhe ensinaram as posições e a maneira correta de amamentar? _____ 1 – sim 2 - não	25. _____
26. Você acha que esse acompanhamento da sua criança aqui no CPN, está lhe ajudando/ajuda/ajudou ou influenciou para que você tivesse interesse de amamentar? Por _____ _____ _____	26. _____
27. Durante a consulta do seu bebê no CPN, o profissional de saúde lhe incentiva a realizar o aleitamento materno exclusivo (AME)? _____ 1 – sim 2 - não	27. _____
28. No caso de ter começado a introduzir outros alimentos, antes do bebê completar seis meses. Porque você tomou essa decisão? _____	28. _____

29. Após a mamada sua criança fica satisfeita? Porque? _____ _____	29 _____
30. Normalmente, o intervalo das mamadas é de aproximadamente quanto tempo? _____	30 _____
31. Você acha que é/foi perseverante (insistente) em relação à amamentação do seu filho? _____ Porque? _____	31 _____
32. Você tem apoio de alguém para realizar o AME? 1 – sim 2 – não De quem? _____	32 _____
33. Se sente/sentiu satisfeita com esse apoio? Porque? _____ _____	33 _____
34. Você recebeu/recebe visita de profissional de saúde em sua casa depois do parto? 1 – sim 2 – não Qual profissional? _____	34 _____
35. Se recebe/recebeu, com quantos dias após o parto e quantas visitas recebeu? _____	35 _____
36. Você acha importante que um profissional de saúde lhe faça visitas domiciliares após a alta da maternidade? _____ Porque? _____ _____	36 _____
37. Durante a visita o profissional de saúde lhe aconselhou a realizar o AME, deu orientações, lhe ensinou a maneira correta de amamentar, observou se você coloca a criança no peito da forma correta e se a criança consegue pegar e sugar de acordo com o que é esperado? Como aconteceu? _____ _____	37 _____
38. Se recebeu visita, você se sente/sentiu apoiada, satisfeita com o apoio recebido por esse/esses profissionais? Por quê? _____ _____	38 _____
39. Essa gravidez foi desejada? 1 – sim 2 - não E planejada? 1 – sim 2 - não	39 _____
40. Você teve vontade de interrompê-la? _____ 1 – sim 2 - não	40 _____
41. A gravidez foi aceita por você e pelos familiares? _____ _____	41 _____
42. O que você aprendeu sobre amamentação? _____ _____	42 _____
43. Desde que seu bebê nasceu você está dando para ele somente leite materno? _____	43 _____
44. Com quanto tempo de vida você alimentou seu bebê exclusivamente com leite materno?	44 _____
45. Alguma vez, você deu para seu bebê água, chá ou qualquer outro alimento diferente do leite materno?	45 _____

46. Do que você aprendeu sobre amamentação, o que você está conseguindo fazer e como você está fazendo em relação à alimentação do seu bebê? _____ _____ _____ _____	46 _____
47. Como você está alimentando seu bebê? _____ _____ _____	47 _____
48. Você acha importante ser mãe? Porque? _____ _____	48 _____
49. O que significa para você ter tido esse filho? _____ _____	49 _____
50. Quais seus projetos de vida? _____	50 _____
51. Você já ouviu falar em políticas de incentivo ao aleitamento materno? _____ Qual(is)?	51 _____
52. Você já viu alguma propaganda na TV sobre amamentação?	52 _____
53. Você já viu alguma propaganda em cartaz, folheto, folder ou outro sobre amamentação? 1 – sim 2 – não Onde? _____	53 _____
54. Você trabalha? 1 – sim 2 – não	54 _____
55. Possui carteira assinada? 1 – sim 2 – não	55 _____
56. Carga horária de trabalho/dia: _____ horas	56 _____
57. Você teve apoio no trabalho durante a gravidez? 1 – sim 2 – não	57 _____
58. Você teve/tem apoio no trabalho durante o período de amamentação? 1 – sim 2 – não	58 _____
59. Depois que você teve seu bebê, com quanto tempo voltou a trabalhar? _____	59 _____

ANEXO

ANEXO A - Foto do aniversário de um ano de criança com as latas de leite que já tomou

Foto 1



Fonte: <https://www.google.com.br/search?q=lata+de+leite+anivers%>. Acesso em 20 de dezembro de 2014.

Foto 2



Fonte: <https://www.google.com.br/search?q=lata+de+leite+anivers%>. Acesso em 20 de dezembro de 2014.

Foto 3



Fonte: <https://www.google.com.br/search?q=lata+de+leite+anivers%>. Acesso em 20 de dezembro de 2014.

Foto 4



Fonte: <https://www.google.com.br/search?q=lata+de+leite+anivers%>. Acesso em 20 de dezembro de 2014.