

UNIFESP - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Pós- Graduação Ensino em Ciências da Saúde

DANIELA EMMERICH DE BARROS ARAÚJO

**A AMAMENTAÇÃO SOB O OLHAR DE MÃES
FREQUENTADORAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
DO MUNICÍPIO DE SANTOS**

Santos

2014

**A AMAMENTAÇÃO SOB O OLHAR DE MÃES
FREQUENTADORAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
DO MUNICÍPIO DE SANTOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo - *Campus* Baixada Santista - como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde, Modalidade Profissional.

Orientadora: Prof Dr^a Claudia Ridel Juzwiak
Co- orientadora: Prof Dr^a Ana Carolina Sartorato Beleza

Santos

2014

Araújo, Daniela Emmerich de Barros, 1982-

A659a

A amamentação sob o olhar de mães frequentadoras da atenção primária do município de Santos. / Daniela Emmerich de Barros Araújo; Orientadora: Profa. Dra. Claudia Ridel Juzwiak. – Santos, 2014.

107 f. : il. 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista, Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde, 2014.

1. Aleitamento materno. 2. Desmame precoce. 3. Saúde materno-infantil. 4. Cuidado do lactente. 5. Comportamento materno. I. Juzwiak, Claudia Ridel, Orientadora. II. Título.

CDD M610.7

DANIELA EMMERICH DE BARROS ARAÚJO

**A AMAMENTAÇÃO SOB O OLHAR DE MÃES
FREQUENTADORAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
DO MUNICÍPIO DE SANTOS**

BANCA EXAMINADORA

Presidente da banca: Prof^a. Dr^a. Claudia Ridel Juzwiak

Membros titulares

Prof^a. Dr^a. Macarena Urrestarazu Devicenzi

Prof^a. Dr^a. Tamara Eugenia Stulbach

Prof^a. Dr^a. Lia Thieme Oikawa Zangirolani

Membro suplente

Prof^a. Dr^a. Mariana Chaves Aveiro

DANIELA EMMERICH DE BARROS ARAÚJO

**A AMAMENTAÇÃO SOB O OLHAR DE MÃES
FREQUENTADORAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
DO MUNICÍPIO DE SANTOS**

Presidente da banca: Prof^a . Dr^a . Claudia Ridel Juzwiak

BANCA EXAMINADORA

Prof^a . Dr^a . Macarena Urrestarazu Devicenzi

Prof^a . Dr^a . Tamara Eugenia Stulbach

Prof^a . Dr^a . Lia Thieme Oikawa Zangirolani

Aprovado (a) em: 10/ 09/2014

Dedico este trabalho ao meu filho Breno, quem intensificou o meu olhar à amamentação.

AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadoras, Claudia Ridel Juzwiak e Ana Carolina Sartorato Beleza, que me possibilitaram a oportunidade do aprendizado, da confiança e da parceria. A maneira com que o processo foi conduzido fez-me ter a clareza de que nos tornamos muito mais do que professor-aluno, e isto foi essencial nesta fase tão especial da minha vida.

Ao meu marido Fabrício, que soube respeitar meus momentos de dedicação, ao mesmo tempo em que me alertava sobre o mundo além tese.

À minha família, especialmente aos meus pais Elói e Ana Lúcia e avós Dácio, Laura e Irene, que sempre valorizaram e acreditaram em meu potencial. Aos meus irmãos Elói, Bianca e Fabrício, pela amizade e companheirismo de sempre.

Aos meus amigos do Mestrado Profissional, pelos momentos únicos que juntos passamos durante, e principalmente, após as aulas. Em especial à Ivone, minha parceira para todos os momentos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Santos, que permitiu minha ausência no trabalho durante o período das aulas, acreditando no retorno deste aprendizado para minha prática profissional.

Às mulheres que voluntariamente contribuíram para a realização deste estudo, confiando na importância que ele tem.

Às professoras Tamara, Lia e Mariana, por aceitarem compor minha banca de defesa; e de maneira especial, à professora Macarena, por ser meu espelho de dedicação, carinho e sabedoria.

À professora Sylvia Batista, que com seu jeito ímpar foi fundamental para a análise qualitativa.

Ao Fábio Montesano, pela atenção dispensada para a realização da análise estatística deste estudo.

Em especial ao meu filho Breno, que veio ao mundo no meio deste processo todo, e me fez enxergar o quão complexo e prazeroso é o ato de amamentar.

E por fim, a Deus, que traçou meu caminho para o bem, me estimulando para continuar a caminhada, muitas vezes sinuosa, porém sempre recompensadora.

A todos que estiveram e estão ao meu lado, o meu muito obrigada!

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

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

O ato de amamentar vai além dos aspectos fisiológicos relacionados à nutrição. Embora os benefícios do aleitamento materno exclusivo (AME) à saúde do binômio mãe-filho sejam bem conhecidos e por isso recomendado nos primeiros 6 meses de vida da criança, observa-se que muitos fatores influenciam para que essa meta seja alcançada. Mesmo com políticas públicas e leis que apóiam, protegem e incentivam o AME, percebe-se que não são suficientes, uma vez que se trata de processo permeado por valores, crenças, vontades, satisfações, frustrações, dentre outros sentimentos. Os objetivos deste estudo foram compreender o processo da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em mães frequentadoras da atenção primária do município de Santos; identificar o perfil de mães que interromperam precocemente ou não o aleitamento materno exclusivo; identificar a rede de apoio para a manutenção do aleitamento e identificar a influência da rede social na decisão materna em interromper o aleitamento materno exclusivo. Nesta pesquisa descritiva, de corte transversal e com abordagem quanti/qualitativa participaram 24 mulheres no puerpério remoto, divididas em dois grupos: mães que interromperam precocemente o AME (IP) e mães que não interromperam precocemente o AME (NIP). A coleta dos dados se deu em duas etapas: na primeira, mães dos grupos IP e NIP responderam um questionário sobre características demográficas, situação do parto e de aleitamento. Na segunda, apenas mães do grupo IP foram entrevistadas sobre como se deu o processo de interrupção do AME. Os dados foram coletados nas seis Unidades de Saúde do município de Santos, nas quais a pesquisadora atua profissionalmente. Os resultados quantitativos foram apresentados utilizando estatística descritiva e para a comparação dos grupos IP e NIP aplicou-se o Teste Exato de Fisher (resultados significantes quando $p < 0,05$). Para a análise dos resultados qualitativos utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo, no qual, a partir de expressões-chave das falas maternas, foram identificadas ideias centrais, definidas categorias e escritos discursos, na primeira pessoa do singular, que refletem as ideias do coletivo. Os resultados indicaram que as mães eram, em sua maioria, casadas ou em união estável, com 30 anos ou mais, multíparas, tendo o ensino fundamental II completo ou o médio incompleto, pertencentes à classe socioeconômica C e não trabalhadoras. Não houve diferença entre os dados socioculturais, obstétricos e puerperais entre os grupos IP e NIP, exceto quanto ao uso de bicos artificiais antes dos 6 meses ($p=0,002$), apoio do pai da criança ($p=0,036$) e não ter ninguém como apoio ($p=0,037$) para o AME. A análise dos discursos do grupo IP gerou cinco categorias: “O peito (in)suficiente”, “Quando o sofrimento fala mais alto”, “O meu saber e o saber dos outros: entre a amamentação e a fórmula”, “O rompimento do cordão umbilical” e “Auto-percepção”. Para duas categorias foram identificados discursos contraditórios: a soberania da mamadeira para a satisfação da criança, e ao mesmo tempo, a valorização do leite materno. Ainda, observou-se que quanto à rede social, a influência pode ser tanto positiva quanto negativa para a manutenção do AME e que não basta apenas informar a mulher sobre suas vantagens se não houver inserção dos demais que a rodeiam, em particular o pai. Profissionais da saúde devem garantir informações acuradas sobre o AME, estar sensibilizados para a escuta qualificada e criação de vínculo para uma relação de confiança. Conclui-se que o olhar para as questões relacionadas ao aleitamento materno deve ir além das dimensões biológicas e tecnicistas e considerar também a dimensão cultural e social, que tanto influencia este processo, em particular a rede de apoio familiar e da equipe de saúde, que deve estar integrada ao processo.

Palavras chave: Aleitamento materno - Desmame precoce - Saúde Materno-Infantil - Cuidado do lactente - Comportamento materno

ABSTRACT

The act of breastfeeding goes beyond the physiological aspects related to nutrition. Although the benefits of exclusive breastfeeding (EBF) to the health of both mother and child are well known and therefore recommended for the first six months of the child's life, it is observed that many factors influence the achievement of this goal. Even with public policies and laws, which support, protect and encourage the EBF, they seem to be insufficient, since it is a process permeated by values, beliefs, desires, satisfactions, frustrations, among other feelings. The objectives of this study were to understand the process of interruption of exclusive breastfeeding in mothers attending primary care in Santos; to identify the profile of mothers who precociously interrupt exclusive breastfeeding or not; to identify the network of support for the continuation of breastfeeding, and to identify the influence of the social networking on the mother's decision to discontinue exclusive breastfeeding. In this descriptive, cross-sectional quantitative/qualitative study, 24 women, in the remote postpartum period, participated divided into two groups: mothers who prematurely discontinued the EBF (IP) and mothers without early discontinued EBF (NIP). Data collection took place in two stages: first, mothers of IP and NIP groups answered a questionnaire on demographic, status of birth and feeding characteristics. In the second, only the IP group mothers were interviewed regarding how the process of discontinuation of exclusive breastfeeding happened. Data were collected in the six health units in the city of Santos, in which the researcher works. Quantitative results are presented as descriptive statistics and for the comparison between IP and NIP groups the Fisher Exact Test (results significant when $p < 0,05$) was applied. To analyze the qualitative results we used the method of the Collective Subject Discourse, in which, from key expressions of maternal speeches, and central ideas, it as possible do defined categories and speeches written in the first person of singular were identified, which reflect the ideas of the collective. Results indicated that mothers were mostly married or in a stable relationship, 30 years old or more, multiparous, having completed elementary school or incomplete middle school II, belonging to socioeconomic class C and not working. There was no difference between the socio-cultural, obstetric and postpartum results between IP and NIP groups, excepting the use of artificial teats before 6 months ($p = 0,002$), child's father support ($p = 0.036$) and having no support ($p = 0.037$) for the EBF. The analysis of the IP group discourse generated five categories: "The (in) sufficient breast," "When suffering speaks louder", "My knowledge and the knowledge of others: between breastfeeding and formula", "Disruption of the umbilical cord" and "Self-perception". For two categories dichotomous discourses were identified: the sovereignty of the bottle to the satisfaction of the child, and at the same time, the appreciation of the breast milk. Furthermore, it was observed that regarding the social network, the influence can be both positive and negative for the maintenance of EBF and that just to inform women about their benefits is not enough if people who surround her are not involved in the process, particularly the father. Healthcare professionals should ensure accurate information on EBF, be aware of the qualified listening and create a bond of trust. We conclude that looking at issues related to breastfeeding must go beyond the biological and technologic dimensions and also consider the social and cultural dimension, which both influence this process, in particular the network support of family and health care team.

Keywords: Breastfeeding - Weaning - Maternal and Child Health - Infant care - Maternal Behavior

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADRO

Figura 1: Localização das áreas de abrangência das Unidades de Saúde do estudo “A amamentação sob o olhar de mães freqüentadoras da atenção primária do município de Santos”, pertencentes à área insular de Santos. Santos - SP, 2014.....	34
Figura 2: Localização das áreas de abrangência das Unidades de Saúde do estudo “A amamentação sob o olhar de mães freqüentadoras da atenção primária do município de Santos”, pertencentes à área continental de Santos. Santos - SP, 2014.....	35
Figura 3: Período em que ocorreu a interrupção do AME. Santos- SP, 2014.	46
Figura 4: Período em que houve a introdução da alimentação sólida na dieta da criança. Santos - SP, 2014.	47
Tabela 1: Locais de coleta de dados do estudo “A amamentação sob o olhar de mães freqüentadoras da atenção primária do município de Santos”. Santos - SP, 2014.....	33
Tabela 2: Perfil das famílias das mães freqüentadoras da atenção primária à saúde em Santos, de acordo com interrupção precoce ou não (IP/NIP) do aleitamento materno exclusivo. Santos - SP, 2014.....	39
Tabela 3: Características demográficas das mães freqüentadoras da atenção primária à saúde em Santos, de acordo com interrupção precoce ou não (IP/NIP) do aleitamento materno exclusivo. Santos - SP, 2014..	40
Tabela 4: Características do pré-natal e parto das mães freqüentadoras da atenção primária à saúde em Santos, de acordo com interrupção precoce ou não (IP/NIP) do aleitamento materno exclusivo. Santos - SP, 2014.....	41
Tabela 5: Recebimento de informações sobre o aleitamento materno, de acordo com o tipo de serviço de saúde utilizado por mães freqüentadoras da atenção primária à saúde em Santos, de acordo com interrupção precoce ou não (IP/NIP) do aleitamento materno exclusivo, durante o pré-natal. Santos - SP, 2014..	42
Tabela 6: Distribuição das mães freqüentadoras da atenção primária à saúde em Santos , de acordo com interrupção precoce ou não (IP/NIP) do aleitamento materno exclusivo, de acordo com o acesso à informação sobre o aleitamento materno. Santos - SP, 2014.....	43

Tabela 7: Tipo de pessoas-referências nomeadas pelas mães freqüentadoras da atenção primária à saúde de Santos em relação às dúvidas sobre aleitamento materno , segundo interrupção precoce ou não (IP/NIP) do aleitamento materno exclusivo. Santos - SP, 2014.....44

Tabela 8: Distribuição das mães freqüentadoras da atenção primária à saúde de Santos de acordo com apoio recebido para a continuidade/manutenção do aleitamento materno segundo interrupção precoce ou não (IP/NIP) do aleitamento materno exclusivo. Santos - SP, 2014. Santos - SP, 2014.....45

Tabela 9: Uso de bicos artificiais de acordo com a interrupção precoce ou não (IP/NIP) do aleitamento materno exclusivo. Santos - SP, 2014.....45

Quadro 1: Ideias centrais estabelecidas a partir das falas das mães, de acordo com as categorias identificadas. Santos - SP, 2014.....48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Interesse pelo objeto	14
1.2 Contextualização do estudo	15
2 FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA	17
2.1 O aleitamento materno	17
2.2 Políticas públicas voltadas ao aleitamento materno	20
3 HIPÓTESE	29
4 OBJETIVOS	30
5 MÉTODO DE PESQUISA	31
5.1 Tipo de estudo	31
5.2 Processo da produção de dados	31
5.3 Instrumentos	36
5.4 Análise dos dados	37
5.5 Aspectos éticos	38
6 RESULTADOS	39
6.1 Caracterização da população de estudo	39
6.2 Discurso do Sujeito Coletivo	47
7 DISCUSSÃO	51
8 CONCLUSÃO	72
9 REFERÊNCIAS	73
ANEXO 1- Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno	83
ANEXO 2- Submissão à Coordenadoria de Formação/ SMS/ PMS (COFORM)	84
ANEXO 3- Submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde da Universidade Federal de São Paulo	85
APÊNDICE A- Questionário	87
APÊNDICE B- Entrevista	93
APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	95
APÊNDICE D- Produto final: projeto de intervenção	97

1 INTRODUÇÃO

1.1 Interesse pelo objeto

Estima-se que no mundo todo, aproximadamente um milhão e meio de óbitos infantis anuais seriam evitados se estas crianças tivessem recebido o aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida (FAO/ OMS, 2003).

Ao me deparar com esta informação, sinto-me instigada em compreender, assimilar e promover o aleitamento materno, para que cada vez mais crianças sejam beneficiadas com as inúmeras vantagens que este proporciona.

Enquanto nutricionista, este é um assunto que me mobiliza desde a época da graduação, quando pude constatar o quão rico é o leite materno, e simplesmente por período de tempo, não necessitar ser complementado, diferente de todos os outros alimentos que existem. Além disso, para a mulher, poder trazer inúmeros prazeres: o contato pele a pele, a troca de calor e amor, a satisfação em ver o filho calmo, tranqüilo...

Contudo, ao iniciar meu trabalho como nutricionista da atenção primária na cidade de Santos no início de 2011, tive a oportunidade de acompanhar mais de perto como era a rotina de gestantes e puérperas. Ouvi-las me despertava inúmeras curiosidades: como era aquela sensação? Que tipo de relação havia entre mãe e bebê naquele momento? Qual sentimento estava presente durante aquele ato? Poder ajudá-las com meus conhecimentos técnicos me trazia muita satisfação.

Muitas vezes, durante a condução de um grupo, via uma mulher expor sua mama de forma natural, e então, alimentava seu filho. Aquele, para mim, foi se tornando um ato permeado de sentimentos, e cada vez mais fui me aproximando e me encantando com o aleitamento.

Ao longo desses três anos e meio de aprendizado, pude constatar que aleitar é uma das práticas que mais mobiliza a mulher, sua família, os profissionais de saúde e toda a sociedade. Então, surgiu o interesse em compreender o porquê algumas mães frequentadoras do meu serviço, não conseguiam manter o aleitamento materno pelo período considerado ideal. Enquanto trabalhadora da atenção primária, tenho como função, a promoção da saúde

nas diversas linhas de cuidado (dentre elas, a materno-infantil) por meio de repasse de informações técnicas e troca de experiências individuais e coletivas. Hoje, atuo em seis unidades de saúde diferentes (entre Unidade Básica de Saúde e Unidade Saúde da Família), realizando diferentes trabalhos e cada uma delas: atendimento individual, condução de grupos de gestantes e puérperas e condução de grupos para pacientes hipertensos e diabéticos, além da participação de reunião de equipe naquelas que rotineiramente a fazem.

Durante o processo de trabalho, algumas inquietações foram despertadas, principalmente a falta de apoio proveniente da rede a qual esta mãe estava inserida.

As experiências profissionais e a aprendizagem adquirida durante o mestrado profissional me trouxeram outras visões de entendimento e atendimento, e mudei. Mudei minha conduta, mudei minha fala, mudei minhas atitudes, mudei os meus gestos... e continuo mudando. Acredito estar me tornando uma profissional melhor, a partir da adoção de estratégias de atuação focadas na horizontalidade do discurso profissional- mãe, minha visão, que antes era predominada pelo modelo tecnicista, foi tornando-se cada vez mais ampliada.

Sendo assim, o interesse pelo aleitamento materno surgiu a partir de minha rotina de trabalho, do meu interesse, curiosidade e da vontade em melhorar a qualidade do serviço público oferecido pela cidade de Santos.

1.2 Contextualização do estudo

Dados mostram que no Estado de São Paulo, apesar de decrescentes, ainda são acentuadas as diferenças regionais da taxa de mortalidade infantil (TMI¹). A área correspondente ao Departamento Regional de Saúde (DRS) da Baixada Santista continua a apresentar a maior TMI do Estado (15,65 óbitos por mil nascidos vivos) (FUNDAÇÃO SEADE, 2014). No ano de 2012, de acordo com a Fundação SEADE, Santos teve a TMI de 13,85 e com isso, uma das metas da Secretaria de Saúde é, em 2015, reduzir este coeficiente para 1 dígito, ou seja, menor do que 10.

Com tudo isso, surge a necessidade de um maior entendimento sobre este processo, o que vem ao encontro do que Minayo (2004) afirma:

“Nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema de vida prática. Isto quer dizer que a escolha de um tema

¹ Relação entre os óbitos de menores de um ano residentes numa unidade geográfica, num determinado período de tempo -geralmente um ano- e os nascidos vivos da mesma unidade nesse período.

não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento também não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos” (MINAYO, 2004, p.90).

Aposta-se na importância deste trabalho como sendo inédito na abordagem qualitativa para o município de Santos. Compreender a percepção de mães sobre o aleitamento materno poderá detectar resultados relevantes à cidade, uma vez que poderá trazer opções de melhorias ao atendimento público.

A partir das minhas inquietações, instigo-me em entender o que está por trás do ato de amamentar, e questiono-me: por que algumas mães não conseguem manter o aleitamento materno exclusivo por seis meses?

2 FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA

2.1 O aleitamento materno

Durante a década de 70, a conjuntura de crise no país e no mundo, caracterizada pelo fim do milagre econômico e a crise mundial de abastecimento de alimentos coincidiu com o surgimento de um novo modelo de comportamento social, caracterizado pela liberação feminina e a mulher deixando de ser mera reprodutora e cuidadora para assumir um papel na produção de renda familiar (ALMEIDA; NOVAK, 2004). Era o momento em que a indústria alimentícia estava em plena ascensão, e com o forte argumento de que fórmulas e alimentos industrializados poderiam suprir a ausência materna sem qualquer dano, incentivaram as mulheres a irem à busca do trabalho tão desejado. Com isso, a indústria de alimentos infantis se fortaleceu focando no lucro, ao mesmo tempo em que estimulava a independência feminina. Foi preciso oferecer à mulher algo de acordo com a sua nova maneira de viver, e para completar a sua sensação de “liberdade”, apresentou-lhes as fórmulas infantis (VASCONCELOS, 2005; MONTEIRO, 2006).

Além do que, a classe médica passou a prescrever não só informações de saúde, mas também comportamentos, estabelecendo regras de conduta, renegando saberes populares adquiridos e cada vez mais, medicalizando os cuidados. Estas ações resultaram em consumo abusivo do leite em pó, uma vez que sua distribuição fazia parte dos programas governamentais de suplementação alimentar (REA, 2003; MONTEIRO, 2006).

Com isso, a taxa de aleitamento materno vinha caindo com a mesma intensidade em que a sociedade julgava a mãe que não amamentava, o que de fato era um paradoxo - acredita-se que a década de 70 ficou marcada como sendo o período de menor taxa de aleitamento materno no Brasil, sendo 2,5 meses a mediana de amamentação (REA, 2003).

A valorização do aleitamento materno, em especial o exclusivo nos primeiros meses de vida da criança, teve como marco junho de 1991, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu sua terminologia e o tempo ideal de sua duração, que passou de quatro para seis meses de forma exclusiva. Isto se deu como consequência ao aparecimento de evidências de que a complementação precoce do leite materno com outros alimentos poderia trazer prejuízos à saúde da criança (GIUGLIANI, 2005).

Sendo assim, a terminologia empregada neste trabalho é a proposta pela OMS (2008), a qual define:

- *aleitamento materno exclusivo* refere-se ao uso do leite humano como único alimento para a criança.
- *aleitamento materno predominante* se aplica ao uso do leite humano como principal fonte de nutrição, permitindo-se a utilização de outros líquidos (água, sucos ou chás).
- *aleitamento materno complementado* aplica-se à utilização do leite humano associado a outros alimentos, lácteos ou não, sólidos ou líquidos, com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.

O aleitamento materno é considerado a forma mais natural do ser humano alimentar seu bebê (GONÇALVES, 2001). Até os seis meses de idade, a criança não necessita de nenhum outro complemento alimentar, tais como água, chá, suco, fruta, papa etc., pois o leite materno fornece água, energia, vitaminas, proteínas e minerais em quantidades adequadas e de fácil digestão. É suficiente em ácidos graxos essenciais, lipase para a digestão e ferro em pouca quantidade, porém com elevada biodisponibilidade; além de propriedades anti-infecciosas e fatores de crescimento. (EUCLYDES, 2000; BORBA *et al*, 2003; PARIZOTTO; ZORZI, 2008). Cerca de 80% das crianças amamentadas reduzem o risco de desenvolver doenças tais como: diabetes mellitus, dislipidemias, alergias e tumores, dentre outras (NETO, 2006; LANA, 2008; NIELSEN *et al*, 2010; LAMBERTI *et al*, 2011). Esta composição o torna suficiente para suprir as demandas fisiológicas da criança, devido aos seus benefícios nutricionais e imunológicos, somados ao fator psicossocial positivo desencadeado sobre o binômio mãe-filho (EUCLYDES, 2000; FAO/ OMS, 2003, FELICIANO; SOUZA, 2011).

A interrupção do aleitamento materno exclusivo² (AME) é considerada precoce quando a introdução de outros alimentos é realizada antes do lactente completar seis meses de vida, independentemente de a decisão ser materna ou não, e do motivo de tal interrupção (CABRAL; CAMPESTRINI, 2010). Sob o ponto de vista nutricional, quando há a interrupção precoce do AME, além da diminuição das mamadas, muitas vezes os alimentos introduzidos na dieta da criança são nutricionalmente inferiores ao leite materno (MONTE;

² Optou-se por esta definição por conta das diversas interpretações que a palavra “desmame” pode gerar.

GIUGLIANI, 2004), podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança. Não há vantagem em se adicionar os alimentos complementares antes dos seis meses, pois a introdução precoce de outros alimentos ainda está associada à: a) maior número de episódios de diarreia, b) maior número de hospitalizações por doença respiratória, c) risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, como por exemplo, quando os alimentos são muito diluídos, d) menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco, e) menor duração do aleitamento materno e f) prejuízos no desenvolvimento da cavidade bucal da criança (BRASIL, 2009).

Práticas alimentares então entre as principais intervenções para a melhora da saúde da criança. No ano de 2006, estima-se que 9,5 milhões de crianças no mundo morreram antes de completarem cinco anos de idade, sendo que dois terços destas mortes ocorreram antes de um ano de vida. Estima-se também, que a interrupção precoce do aleitamento materno, especialmente o exclusivo, desencadeou 1,4 milhões destas mortes (OMS, 2009).

Sendo assim, crianças amamentadas com leite materno são menos expostas às situações que propiciem a mortalidade infantil. Victora (2001) destaca que o aumento na duração do aleitamento materno, em especial o exclusivo por seis meses, deve prevenir 9,2% das mortes de menores de cinco anos por pneumonia, e estudo realizado por Escuder *et al* (2002) concluiu que a amamentação no primeiro ano de vida é uma estratégia possível para a redução de mortalidade infantil. Victora (2001) ainda ressalta a importância do investimento na melhora da qualidade do atendimento ao pré-natal e atenção ao parto como sendo ações primordiais para a redução da taxa da mortalidade materna e infantil, acrescentada aos investimentos no planejamento familiar, vacinação e promoção do aleitamento materno.

A amamentação exclusiva oferece ainda a vantagem adicional de diminuir os custos das famílias (provenientes da alimentação artificial, uso de mamadeiras, trocas de bicos), dos serviços de saúde (menor índice de internações) e da sociedade em geral (ao reduzir os episódios de doenças nas crianças, e como consequência, as faltas aos trabalhos dos pais) (BRASIL, 2009; CORONA, 2009). Barbosa *et al* (2007) verificaram, por exemplo, que a utilização de fórmulas infantis representa um custo 3,3 vezes mais elevado quando comparada ao aleitamento materno exclusivo.

Feliciano e Souza (2011) completam esta ideia ao destacarem que o encontro propiciado pela amamentação oferece riquezas para o desenvolvimento psíquico da criança, gerando um vínculo de intimidade e satisfação mútua para ambos envolvidos neste processo.

Apesar de todos os benefícios que a amamentação gera à saúde da criança, ainda é grande o número de mães que interrompem a amamentação exclusiva antes dos seis meses, sendo este ato na espécie humana fortemente influenciado por múltiplos fatores socioculturais (BRASIL, 2009).

Por ser um processo permeado por ideologias, valores, crenças, vontades, satisfações, desafios, cobranças, superações, culpabilidade, frustrações, dentre outros inúmeros sentimentos, deixa de ser apenas instintivo e biológico, tornando-se um comportamento social e mutável; o que muitas vezes, determina e condiciona a mulher a praticá-lo sem mesmo refletir sobre o que aquilo de fato representa para ela. Ao mesmo tempo em que se torna um ato regulável pela sociedade, não pode ser reduzido a uma única ação de saúde (SILVA, 1990; ALMEIDA, 1999; REZENDE, SAWAYA, PADILHA, 2002; NAKANO, 2003).

Sendo assim, é importante deixar de valorizar apenas suas vantagens fisiológicas, uma vez que a maternidade é perpassada por diversos sentimentos e cobranças sociais. A mulher que não amamenta, por qualquer motivo, é vista como uma “mãe ruim e desnaturada” (SANDRE-PEREIRA *et al*, 2000; MARQUES *et al*, 2001; NAKANO, 2003). Cobranças estas que vêm se afirmando desde a primeira tese sobre aleitamento materno, publicada no Brasil por Agostinho José Ferreira Bretas em 1838. Em defesa de sua ideologia, Bretas reuniu argumentos que louvavam os povos que ainda mantinham o hábito do aleitamento, que naquele momento já havia sofrido influência dos europeus, os quais não tinham esta prática. Era considerada exemplar a mulher que possuía o hábito natural e a obrigação enquanto mãe da prática deste ato (ALMEIDA, 1999). Além disso, a amamentação é uma prática que sofre influências das relações socioculturais da mulher, portanto, da sua rede social (ALBERNAZ *et al*, 2008).

2.2 Políticas públicas voltadas ao aleitamento materno

Após um período de crise econômica nos anos 60, o início da década de 70 foi marcado como “milagre brasileiro”, quando houve retomada da expansão econômica. Porém, este cenário durou pouco, e já no fim de 1974, o quadro era outro, evidenciado pela queda do Produto Interno Bruto (PIB). Neste período de crise mundial de alimentos, o Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF) atestou que 46,1% da população brasileira menor de cinco anos apresentava desnutrição energético-protéica. Com isso, organizações internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) passaram a defender a idéia de que os países do Terceiro Mundo incluíssem o planejamento nutricional ao seu planejamento econômico (VASCONCELOS, 2005).

Desde 1976, quando da criação do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, o país estabeleceu ações direcionadas especialmente às gestantes, nutrizes e crianças contemplando atividades de incentivo ao aleitamento materno (ISSLER *et al*, 2008).

Em 1979 ocorreu em Genebra a Reunião Conjunta OMS/ UNICEF sobre Alimentação Infantil, e um dos resultados deste evento foi o dever de elaborar um código de conduta ética em relação aos produtos que interfeririam negativamente na amamentação. O Brasil estava lá representado, o que se considera um marco para o início de ações pró-amamentação no país (REA, 2003).

No início dos anos 80, iniciou-se a divulgação em massa das inúmeras vantagens do aleitamento materno sobre seus substitutos, com a finalidade de sensibilizar políticos, autoridades da saúde, líderes comunitários etc. Em 1981 foi lançado um programa nacional pró-amamentação, consequência de um ambiente internacional favorável, análise adequada da situação e da necessidade da volta à amamentação. Já em 1986 a duração mediana de aleitamento materno em algumas capitais brasileiras já havia aumentado. Nesta época lançou-se também a Portaria sobre Alojamento Conjunto, determinando que as maternidades com leitos pagos pela previdência social deveriam oferecer leitos conjuntos às mães e recém-nascidos (REA, 2003).

Em paralelo, as indústrias de fórmulas infantis estavam sofrendo pressão dos grupos internacionais *International Baby Food Action Network* (IBFAN), os quais monitoravam as práticas de marketing. Esta ação repercutiu também no Brasil, em particular

sobre uma empresa que praticamente monopolizava esta comercialização, se vendo obrigada a mudar toda a rotulação de seus produtos (REA, 2003).

O século XX marcou avanços significativos sobre a visão da criança como cidadão com capacidade de exercer seus direitos e deveres (BRASIL, 2002). Com isso, programas e políticas públicas começaram a ser pensados, e ações colocadas em prática em favorecimento da criança e do adolescente (FROTA *et al*, 2010). Estas ações foram focadas basicamente com o objetivo de alterar um quadro sanitário marcado por elevados índices de desnutrição e morbimortalidade por causas infecciosas (GOMES, 2010).

Como prioridades da Política Nacional de Aleitamento Materno, foram criadas as seguintes ações:

a) *Bancos de Leite Humano (BLH)*. O primeiro BLH foi fundado em 1943, pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e tem como público-alvo, *a priori*, os bebês prematuros e os de baixo peso que não sugam, recém-nascidos infectados, especialmente com enteroinfecções; recém-nascidos em nutrição trófica; recém-nascidos portadores de imunodeficiência; recém-nascidos portadores de alergia a proteínas heterológicas; e casos excepcionais, a critério médico (BRASIL, 2013). São responsáveis pela promoção do aleitamento materno, execução das atividades de coleta, processamento e controle de qualidade deste leite, que é doado por livre e espontânea vontade por mães que se apresentam saudáveis e cuja produção láctea seja superior às necessidades de seu (s) filho (s) (BRASIL, 2013).

Desde 1985, as ações dos Bancos de Leite Humano no Brasil deixam de ser simplesmente locais de coleta e engajam na promoção do aleitamento materno, contribuindo grandiosamente como uma política em prol da amamentação (GIUGLIANI, 2002).

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH) é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a maior e mais completa rede de banco de leite. Atualmente com 213 BLH e 131 postos de coleta de leite humano, é considerada referência mundial na doação de leite humano, e objetiva a formação de multiplicadores para viabilizar a transferência da tecnologia a outros países (FIOCRUZ, 2014).

Em Santos, o BLH “Keiko MiyasakiTeruya” foi fundado no hospital Guilherme Álvaro em novembro de 2006. No ano de 2014, até o mês de setembro, foram realizados

1797 atendimentos individuais, 63 visitas domiciliares, 189 litros de leite materno coletados e 218 litros de leite humano distribuídos (FIOCRUZ, 2014).

Por ser responsável pela promoção do aleitamento materno, o banco de leite é fundamental para contribuir na prevenção e resolução de possíveis intercorrências, em especial as fissuras, ingurgitamento e mastite durante a amamentação. Conceição *et al* (2013) realizaram um estudo em um Banco de Leite de Niterói- RJ, e concluíram que, além de tratar das complicações decorrentes da lactação, o serviço proporcionou suporte emocional, apoio, segurança e tranquilidade para a manutenção do aleitamento. Segundo as usuárias, o Banco de Leite foi primordial para a continuidade do aleitamento, já que algumas delas não possuíam tal apoio em outros lugares e em outras pessoas além dos profissionais que ali trabalhavam.

b) *Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)*. Foi lançada em 1991 pela equipe do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo como público-alvo gestantes e recém-nascidos. São critérios globais para a certificação da IHAC a adesão aos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (ANEXO 1) (ou à legislação nacional). Os dez passos são recomendações que favorecem a amamentação a partir de práticas e orientações no período pré-natal, no atendimento à mãe e ao recém-nascido ao longo do trabalho de parto, durante a internação após o parto e nascimento e no retorno ao domicílio, com apoio da comunidade (BRASIL, 2013). Atualmente, no Brasil 335 maternidades são certificadas como “Amiga da Criança”; em Santos, o Hospital Guilherme Álvaro e o Hospital e Maternidade Municipal Dr. Silvério Fontes possuem tal titulação (UNICEF, 2014).

Trabalhos realizados em municípios brasileiros (Pelotas- RS, Montes Claros-MG e Londrina - PR) (SILVA *et al*, 2008; CALDEIRA E GONÇALVES, 2009; SOUZA *et al*, 2012) constataram que após a implantação do IHAC nas maternidades, houve aumento significativo das taxas de aleitamento materno nestes municípios.

Venâncio *et al* (2002) concluíram que crianças menores do que quatro meses nascidas em hospitais sem tal titulação tinham 34% mais chances de interrupção do aleitamento materno exclusivo do que àquelas nascidas em hospitais com a implantação do programa.

c) *Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM)*: Criada em 1999 pelo estado do Rio de Janeiro, é uma iniciativa do Ministério da Saúde que concede este título às Unidades Básicas de Saúde que desenvolvem os “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação”. Estes dez passos são ações que a unidade básica de saúde deve desenvolver para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (PUCCINI & PEDROSO, 2008).

Caldeira *et al* (2008), em um estudo em Montes Claros - MG, avaliaram a efetividade desta estratégia de promoção em dois grupos distintos compostos por equipes de saúde da família e observaram que aquele que foi submetido à intervenção da IUBAAM obteve aumento significativo ($p= 0,001$) na taxa de aleitamento materno exclusivo. Cardoso *et al* (2008), em investigação realizada em uma Unidade de Saúde do Rio de Janeiro - RJ, compararam o impacto pré e pós certificação da IUBAAM para taxas de aleitamento materno exclusivo e queixas principais para a procura de consultas pediátricas. Observaram um aumento na prevalência de AME, aumento do número de consultas de bebês assintomáticos e redução de procura médica por causas respiratórias e diarreia. Já Martins e Montrone (2009) avaliaram as contribuições do curso de educação continuada proposto pelo IUBAAM, para a prática da equipe materno infantil de uma Unidade de Saúde de São Carlos – SP, e constataram que foi um momento importante de aprendizagem e conhecimento, porém não conseguiu provocar grandes mudanças na prática profissional, apontando para a necessidade de um maior acompanhamento do processo de implementação dos passos propostos pela IUBAAM.

A estratégia proposta pela IUBAAM pode se tornar eficaz quando há continuidade nas capacitações em aleitamento materno às equipes que compõe as unidades de saúde. Quando existe educação permanente, é possível que as práticas sejam mudadas; a curto, médio e longo prazos.

d) *Rede Amamenta Brasil*. A Rede Amamenta Brasil foi instituída em novembro de 2008 pelo Ministério da Saúde (MS) e surgiu da necessidade de a amamentação ser compreendida pelos profissionais e pela sociedade como um processo não apenas biológico, mas também social e cultural, e da necessidade de se estabelecer uma estratégia nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção básica (BRASIL, 2013).

Esta estratégia e tem como objetivo principal contribuir para aumentar os índices de aleitamento materno no país, por meio de ações específicas. São essas:

- Contribuir para o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do aleitamento materno e para uma prática integralizadora;
- Discutir a prática do aleitamento materno no contexto do processo de trabalho das unidades básicas de saúde;
- Pactuar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno a partir da realidade das unidades básicas de saúde;
- Monitorar os índices de aleitamento materno das populações atendidas pelas unidades básicas de saúde certificadas (BRASIL, 2013).

e) *Rede Cegonha*. Foi instituída pelo Ministério da Saúde em 24 de junho de 2011, pela Portaria nº 1.459, para a garantia da oferta de assistência humanizada e de qualidade pela Atenção Básica.

Fundamentada nos princípios da humanização e assistência, por meio da qual, mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito a: *a)* ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; *b)* transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto; *c)* vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto; *d)* realização de parto e nascimento seguros, por meio de boas práticas de atenção; *e)* acompanhante no parto, de livre escolha da gestante; *f)* atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e *g)* acesso ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

De acordo com o artigo 9º desta Portaria, cabe ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, a “implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território municipal” (BRASIL, 2011).

Com isso, o município de Santos, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, em 10 de maio de 2013, lançou como estratégia o Programa Mãe Santista.

f) *Mãe Santista*. A iniciativa contempla assistência à gestante em toda a gravidez, incluindo pré-natal, parto e puerpério, além do acompanhamento do bebê até os 24 meses. Inclui, ainda o pré-natal do pai, pelo qual é estimulado a checar a sua própria saúde e

acompanhar o ciclo da gestação e os cuidados com o bebê. A rede de atenção objetiva diminuir os índices de mortalidade materna, fetal e infantil, com atendimento permanente multiprofissional, de qualidade e humanizado. As secretarias de Assistência Social e Educação também atuam no trabalho de apoio psicossocial, e o Programa é desenvolvido em conformidade com o “Rede Cegonha”, do Ministério da Saúde (DIÁRIO OFICIAL DE SANTOS, 2013).

g) *Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil*. É uma iniciativa do Ministério da Saúde e foi instituída pela Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, com o objetivo de a) qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade; e b) aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2013).

h) *Proteção Legal ao Aleitamento Materno*

O Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno reafirma o direito de toda criança receber alimentação adequada como forma de obter e manter a saúde. Reconhece a superioridade do leite materno, e que a saúde dos lactentes e crianças pequenas não pode ser isolada da saúde da mulher, da alimentação e das condições socioeconômicas (ALENCAR, 2008).

No Brasil, há uma legislação específica para a proteção do aleitamento materno: a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL). A NBCAL foi proposta pela OMS em 1981 e teve a sua primeira versão brasileira em 1988. Tornou-se lei federal em 2006, tornando-se um marco importante na promoção da amamentação contra estratégias de marketing. É um conjunto de três documentos que regulam a promoção comercial e a rotulagem de alimentos e produtos destinados à recém-nascidos (RN) e crianças de até três anos de idade, como leites, papinhas, chupetas e mamadeira. Tem como finalidade assegurar o uso apropriado destes produtos de forma que não haja interferência sobre o aleitamento materno (BRASIL, 2001; MONTEIRO, 2006).

Em setembro de 2008, foi sancionada a Lei 11.770, que estabelece a licença maternidade de seis meses, sem prejuízo do emprego e do salário, para as funcionárias

públicas federais, ficando a critério dos estados, municípios e empresas privadas a adoção desta (BRASIL, 2013). Esta lei estimula as empresas com incentivos fiscais para garantir as mães que possam fazer o aleitamento materno exclusivo por seis meses de acordo com a recomendação da OMS.

Além destas ações, existem outras leis que protegem a amamentação, como:

- As trabalhadoras da cidade e do campo têm direito à licença maternidade de 120 dias, sem prejuízos do emprego e do salário;
- Dois descansos remunerados por dia, cada um de 30 minutos a cada quatro horas trabalhadas, até o bebê completar 6 meses de idade, além dos intervalos normais para o repouso e alimentação (artigo 396 da Consolidação das Leis do Trabalho- CLT);
- Berçário, creche ou um ambiente apropriado para amamentação, dentro ou fora do local de trabalho, sempre que a empresa tiver 30 ou mais mulheres maiores de 16 anos trabalhando;
- Licença paternidade de cinco dias a contar do dia do nascimento do bebê;
- No caso de adoção ou guarda judicial de crianças com até um ano de idade, a mãe tem direito à licença maternidade de 120 dias;
- No artigo 392 da CLT está previsto ainda que a trabalhadora (a qual gozou de 120 dias de licença maternidade) pode estender por 15 dias sua licença, mediante atestado médico. Isso pode garantir mais duas semanas de aleitamento materno exclusivo para o lactente (BRASIL, 2002).

Dentre as atividades desenvolvidas visando à mobilização social, o Brasil comemora anualmente a Semana Mundial da Amamentação, entre 01 e 07 de agosto, e o Dia Nacional de Doação de Leite Humano, em 01 de outubro. As comemorações configuram-se como um importante marketing social capaz de aumentar os índices de aleitamento materno, além de sensibilizar novas doadoras de leite humano (BRASIL, 2013).

Ainda que existam para trabalhadoras formais leis trabalhistas que as protejam em fase de aleitamento, em muitos casos, estas leis se mostram insuficientes para impedir a interrupção do aleitamento materno exclusivo precocemente, como observado por Rea *et al*

(1997) e Takushi *et al* (2008). Melo (2013), ao concluir seu trabalho realizado na cidade de Santos, constatou que algumas lacunas nas regulamentações trabalhistas, (como por exemplo, a ausência de creche no ambiente de trabalho) tornaram-se agentes limitadores para a continuidade do AME até o sexto mês.

Embora algumas ações já tenham sido colocadas em prática, o que torna mais preocupante é a falta de informação, em especial das mães trabalhadoras, em relação aos seus direitos. Seria necessária uma ampla divulgação destes pela mídia e uma maior fiscalização para não permitir os abusos e o desrespeito às leis (SILVA, 1996).

Portanto, para se alcançar melhores índices de aleitamento materno preconizados pela OMS, é necessário que haja incentivos voltados para a Educação em Saúde. Ao pensar que a amamentação envolve diferentes frentes de cuidado, pode-se pensar que o incentivo a esta prática inicie ainda durante a fase infantil, durante a brincadeira de boneca, e possa ser levada para as conversas dentro da sala de aula, tonando um ato mais natural para a mulher e para toda a sociedade.

Além do que, para que as ações se tornem eficazes, deve-se reforçar e fiscalizar a prática de políticas públicas já existentes, e se necessário, o investimento em novas políticas, envolvendo os profissionais de saúde, as mulheres, seus familiares e todos que de alguma maneira estão envolvidos neste processo, além dos gestores em saúde, fazendo com que todos se corresponsabilizem pela linha de cuidado materno-infantil.

Da mesma maneira, estudos que envolvam, compreendam e investigam a rede social da nutriz devem ser realizados, deixando de olhar e responsabilizar somente a mulher quando o assunto é amamentação.

3 HIPÓTESE

Ao pensar que o aleitamento materno envolve uma complexa rede na qual a nutriz está inserida, pode-se hipotetizar a seguinte situação:

Quando existe maior apoio oriundo dos diferentes pontos da rede social desta mulher, há maior possibilidade de manutenção do suporte para a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança.

4 OBJETIVOS

Geral

Compreender o processo da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em mães frequentadoras da atenção primária à saúde do município de Santos- SP.

Específicos

- Identificar o perfil de mães que interromperam precocemente ou não o aleitamento materno exclusivo;
- Identificar a rede de apoio para a manutenção do aleitamento;
- Identificar a influência da rede social na decisão materna em interromper o aleitamento materno exclusivo.

5 MÉTODO DE PESQUISA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de corte transversal. Optou-se por uma abordagem qualiquantitativa, pois “as opiniões coletivas apresentam, ao mesmo tempo, uma dimensão qualitativa e uma quantitativa” (LEFRÈVE E LEFRÈVE, 2010, p. 13).

“O uso de métodos quantitativos tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis” (MINAYO, 2010, p. 56), enquanto que qualquer investigação social deveria contemplar também o aspecto qualitativo. Isso implica considerar sujeito de estudo: “*gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados*, considerando assim, que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação” (MINAYO, 2004, p. 22).

Já que nos fenômenos sociais há a possibilidade de se analisar regularidades, frequências, assim como relações, histórias, representações, Minayo (2010) afirma que ao se trabalhar somente com uma das abordagens no campo social, pode-se dirigir ao reducionismo referente à realidade social; contudo, cada um dos dois métodos tem seu papel, seu lugar e sua adequação, não havendo sentido de prioridade de um sobre o outro.

5.2 Processo da produção de dados

A população de estudo foi composta por 24 mulheres no puerpério remoto³ cujos filhos já havia completado seis meses de vida, frequentadoras de seis unidades de atenção primária do município de Santos, divididas em dois grupos: mães que interromperam precocemente o aleitamento materno exclusivo (IP) e mães que não interromperam o aleitamento materno exclusivo precocemente (NIP)⁴. Todas as mulheres contatadas aceitaram participar do estudo.

³A partir do 45º dia pós-parto.

⁴A interrupção do aleitamento materno exclusivo é considerada precoce quando a introdução de outros alimentos é realizada antes do lactente completar seis meses de vida, independentemente de a decisão ser materna ou não, e do motivo de tal interrupção (CABRAL; CAMPESTRINI, 2010).

O contato com as mães deu-se considerando o número de visitas da pesquisadora às unidades de saúde e o período de coleta, *a priori*, estabelecido em quatro meses. No entanto, em três unidades de saúde previstas para o cenário de coleta, que têm como característica a abrangência de um menor número de usuários acompanhados, houve maior dificuldade de encontrar estas mulheres durante a rotina de trabalho da pesquisadora. Sendo assim, fez-se um levantamento via prontuário das mães que se enquadravam dentro dos critérios de inclusão e estas foram contatadas via telefone e marcada a coleta dos dados, em sua unidade de saúde de referência. Por conta desta dificuldade, o prazo para a coleta final do estudo foi estendido por mais quatro meses, totalizando 24 mulheres, sendo 12 pertencentes a cada grupo (IP e NIP).

Os locais da coleta foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) Embaré, Valongo e Vila Mathias e Unidades de Saúde da Família (USF) Caruara, Monte Cabrão e Monte Serrat, situadas na cidade de Santos- SP. Foram selecionadas por serem unidades de referência onde a pesquisadora realiza seu trabalho enquanto nutricionista. São seis unidades de atenção primária dentre as 30 existentes no município.

A cidade de Santos é dividida em duas áreas: insular e continental. A área continental é quase seis vezes maior que a insular (239,290 Km² contra 40,760 Km²), e faz limite com os municípios de Cubatão, Guarujá e Bertioga. No alto da Serra do Mar, com Santo André e Mogi das Cruzes (SANTOS, 2014). A área insular apesar de ser menor do que a continental, concentra 99% da população santista, e é composta pelas regiões orla/ zona intermediária, centro, morros e zona noroeste e faz limite com o município de São Vicente.

As UBS Embaré, Vila Mathias e Valongo e a USF Monte Serrat pertencem à área insular, enquanto que as USF Caruara e Monte Cabrão pertencem à área continental santista, conforme apresentado na tabela 1, figuras 1, 2 e 3.

Tabela 1: Locais de coleta de dados do estudo “A amamentação sob o olhar de mães freqüentadoras da atenção primária do município de Santos”. Santos - SP, 2014

Unidade de Atenção Primária à Saúde	Região	Área de abrangência/ bairros
UBS Embaré	Orla/ Zona intermediária	Embaré, Macuco e Estuário
UBS Valongo	Centro	Valongo, parte do Saboó, morro do Saboó, e parte do morro Pacheco
UBS Vila Mathias	Centro	Parte da Vila Mathias, Parte da Vila Belmiro e Encruzilhada
USF Caruara	Área Continental	Caruara, Iriri e Trindade
USF Monte Cabrão	Área Continental	Monte Cabrão, Cabuçu, Quilombo, N. Sra Das Neves e Guarapá
USF Monte Serrat	Morros	Monte Serrat

Fonte: Suporte de Estatística e Informática- SAAF- DEAB/ SMS / PMS. 2014

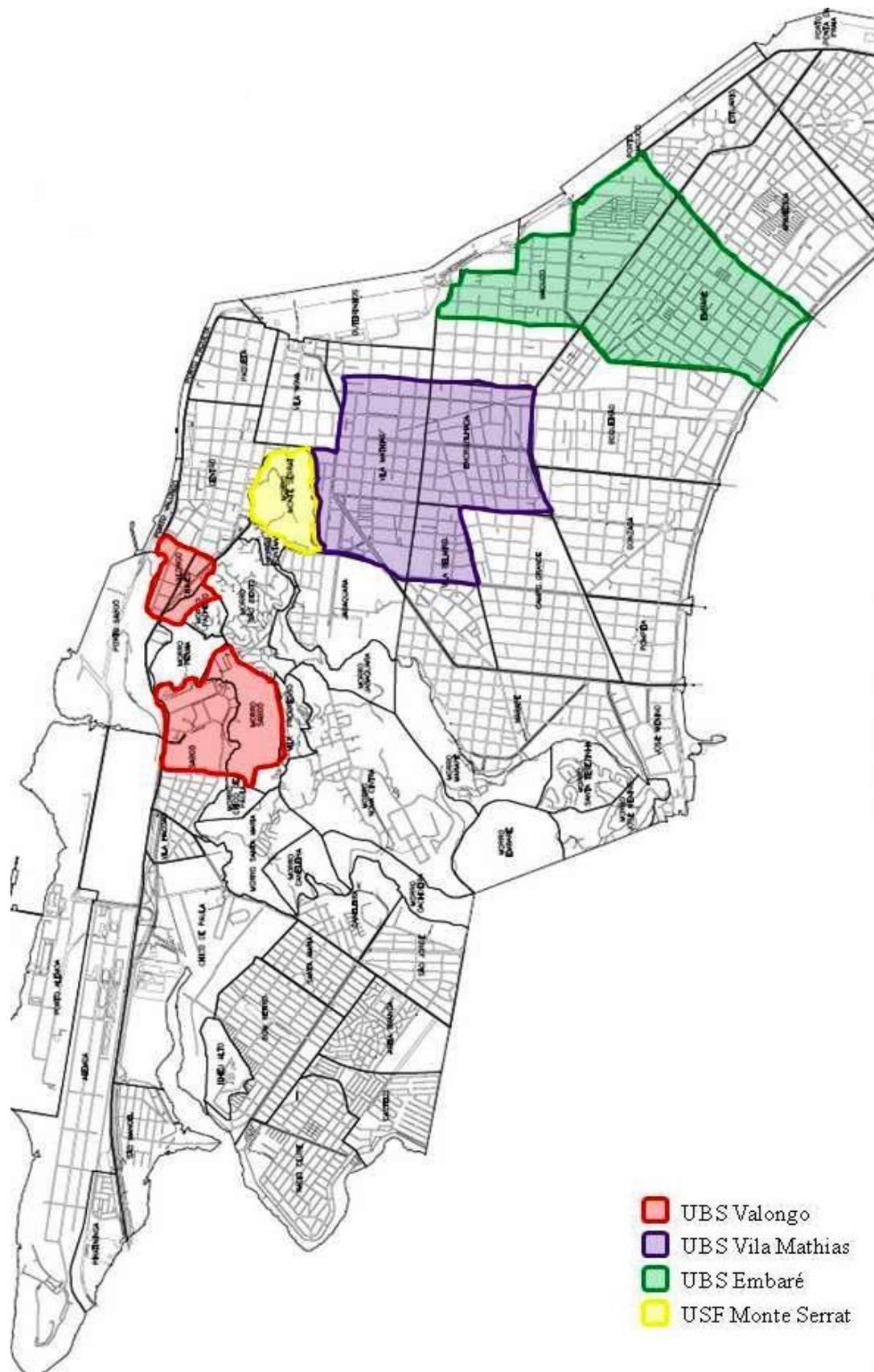


Figura 1: Localização das áreas de abrangência das Unidades de Saúde do estudo “A amamentação sob o olhar de mães frequentadoras da atenção primária do município de Santos”, pertencentes à área insular de Santos. Santos - SP, 2014.

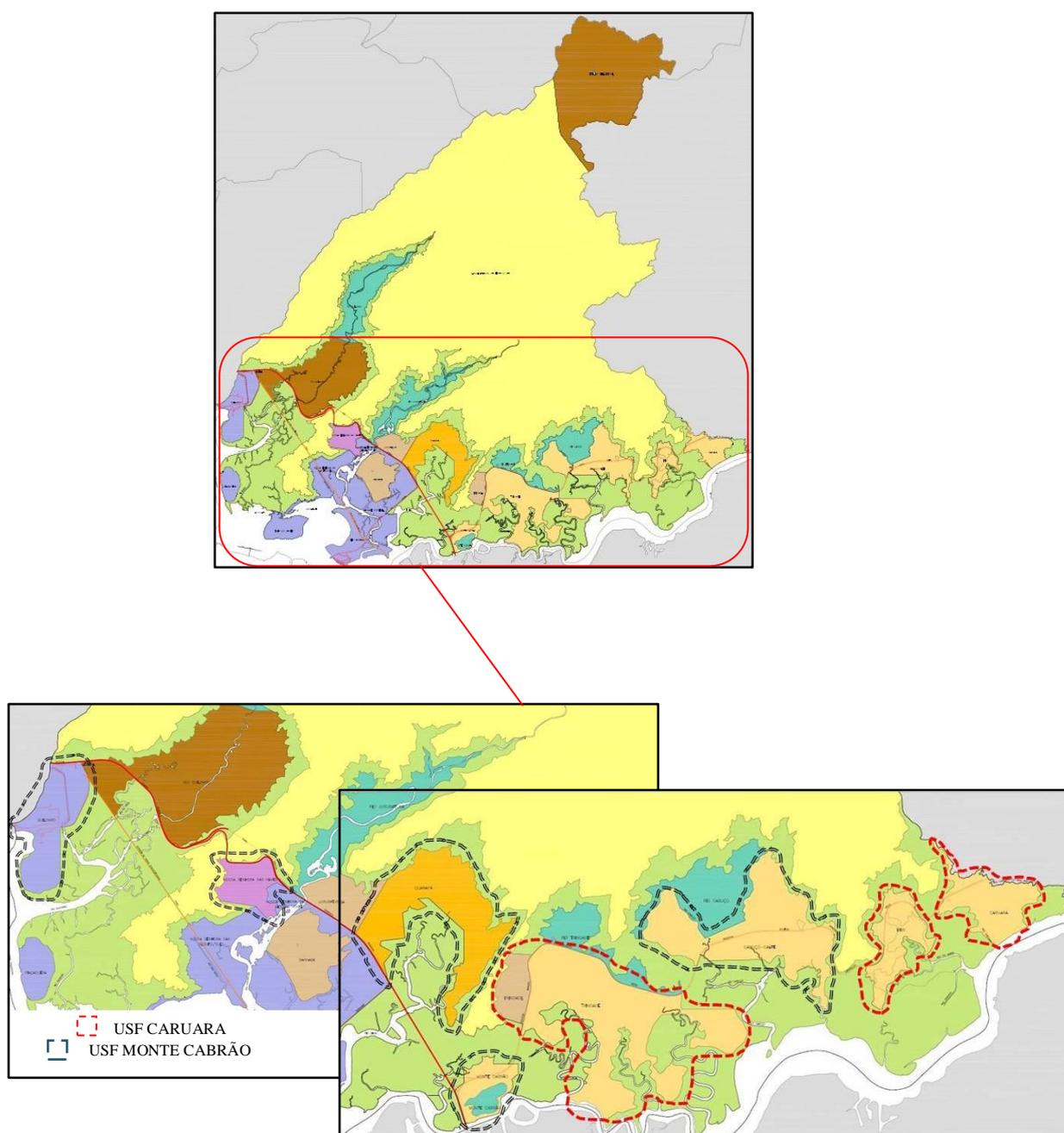


Figura 2: Localização das áreas de abrangência das Unidades de Saúde do estudo “A amamentação sob o olhar de mães freqüentadoras da atenção primária do município de Santos”, pertencentes à área continental de Santos. Santos - SP, 2014.

Os critérios de inclusão das mulheres do estudo foram: mães biológicas de bebês de 6 a 12 meses, alfabetizadas, com idade igual ou superior a 18 anos. Foram critérios de exclusão: mães de gêmeos, prematuros e de crianças com alguma doença e/ou síndrome que afetava o processo da amamentação (fenda palatina e lábio leporino, por exemplo).

A aplicação dos instrumentos foi realizada pela própria pesquisadora, apresentando-se às nutrizes como nutricionista da unidade, pesquisadora, interessada nas questões que abrangem o aleitamento materno, independentemente de estar em prática no momento na abordagem. Cada mulher foi contatada para a coleta dos dados uma única vez, em sua unidade de saúde de referência, durante consulta de puericultura de rotina ou vacinação, exceto àquelas que foram contatadas via telefone.

Por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE- Apêndice C), foram explicados os principais objetivos do estudo e o compromisso de resguardar o anonimato durante todas as etapas do trabalho.

Após o consentimento das participantes, foram aplicados os instrumentos de coleta. As entrevistas foram gravadas e transcritas *verbatim*.

5.3 Instrumentos

Para a coleta dos dados quantitativos, construiu-se um questionário com questões fechadas, baseado em outros estudos da literatura (CALDEIRA; GOULART, 2000; BRASIL, 2013; Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, 2013). O questionário foi enviado por correio eletrônico à cinco especialistas⁵ da área de aleitamento materno, com explicação sobre o objetivo do estudo. Destes, três retornaram e dois indicaram sugestões e o questionário foi modificado atendendo às mesmas.

Todas as participantes do estudo foram submetidas à aplicação do questionário, o qual abrange características demográficas, acompanhamento do pré-natal, parto, estrutura de apoio e informação sobre aleitamento materno (Apêndice A).

As mães que interromperam precocemente o aleitamento materno exclusivo foram também submetidas a uma entrevista a partir de um roteiro semiestruturado (Apêndice B). Este permitiu aprofundar as questões relativas à intenção de amamentar, o processo de interrupção precoce do AME, as percepções, vivências, influência de sua rede social e experiências em relação ao tema. Pensou-se na entrevista semiestruturada, pois permite a

⁵ 3 nutricionistas, 1 pediatra e 1 enfermeira

exposição da opinião do entrevistado, sem qualquer tipo de interferência e favorece o discurso espontâneo, sendo uma das principais ferramentas para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2010).

Realizou-se inicialmente um estudo piloto com 12 mães, sendo seis pertencentes ao grupo Introdução Precoce (IP) e seis ao grupo Não Interrupção Precoce (NIP) do AME. Após a aplicação, nenhuma alteração foi realizada, já que houve total compreensão por parte das envolvidas.

5.4 Análise de dados

Para a análise dos resultados quantitativos do estudo, foi utilizada a estatística descritiva simples por meio de média, desvio padrão mínimo e máximo, frequência absoluta e relativa. O teste exato de Fischer foi usado para comparar os dois grupos de mães quanto as variáveis de interesse. O *software* utilizado para a análise estatística foi o “R”. Foram consideradas significativas as variáveis que apresentaram $p \leq 0,05$.

Para as variáveis qualitativas, foi utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), no qual as opiniões são coletadas por meio de entrevistas e os resultados em comum podem ser generalizados, sob a forma de um único discurso, sempre na primeira pessoa do singular (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2006; 2010).

Como já mencionado, devido à dificuldade de aplicação do questionário e entrevista nas USF, uma das unidades de saúde não entrou na análise dos resultados qualitativos do estudo (por meio do DSC), tendo em vista que a coleta de dados nesta USF foi realizada em somente uma mãe, e esta pertencia ao grupo INP, portanto, não foi submetida à entrevista. Sendo assim, para esta análise qualitativa, cinco unidades de saúde (A, B, C, D e E) foram avaliadas.

Após a realização das entrevistas, as expressões-chave foram identificadas pela pesquisadora. “Expressões-chave são pedaços, ou trechos, ou seguimentos, contínuos ou descontínuos do discurso, e que revelam a essência do conteúdo do depoimento” (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2012, p. 73). Ao unir as expressões-chave que tinham em comum as opiniões relatadas, foram construídas as idéias centrais, que são a interpretação do pesquisador em

relação ao que o entrevistado quis dizer. Posteriormente, criaram-se as categorias, que representam de fato as idéias centrais, porém de uma maneira mais sintética.

5.5 Aspectos éticos

Este estudo se deu em conformidade com a Resolução 196/ 96 e todas as voluntárias assinaram um TCLE (Apêndice C).

Para adentrar as unidades, o projeto foi submetido à Coordenadoria de Formação (COFORM) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Santos (PMS) (Anexo 2) e ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) em Saúde da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), tendo sido aprovado sob o parecer 726.260, de 23 de julho de 2014 (Anexo 3).

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização da população de estudo

Na primeira etapa deste estudo, participaram 24 mães, sendo 12 com interrupção precoce (IP) e 12 com não interrupção precoce (NIP) do aleitamento materno exclusivo, de acordo com as variáveis investigadas por meio do questionário desenvolvido (Apêndice A).

As características da mãe, do pai da criança e do bebê estão apresentadas em média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo na tabela 2.

Tabela 2: Perfil das famílias das mães frequentadoras da atenção primária à saúde em Santos, de acordo com interrupção precoce ou não (IP/NIP) do aleitamento materno exclusivo. Santos - SP, 2014.

Variável	NIP (n= 12)	IP (n=12)
Idade (anos)	31 (6) [20- 43]	31 (7) [22- 44]
Idade do pai da criança (anos)	37 (9) [21- 50]	35 (9) [28- 52]
Peso da criança ao nascer (g)	3072 (291) [2775- 3630]	3158 (425) [2300- 3600]
Outros filhos	1 (1) [0- 3]	2 (1) [0- 4]

Resultados apresentados em média (desvio-padrão) [valores mínimo-máximo]

Legenda: NIP: Não Interrupção precoce; IP: Interrupção Precoce

Na tabela 3 é apresentada a distribuição das mulheres do estudo de acordo com o seu estado civil, escolaridade, ocupação, classificação socioeconômica.

Tabela 3: Características demográficas das mães frequentadoras da atenção primária à saúde em Santos, de acordo com interrupção precoce ou não (IP/NIP) do aleitamento materno exclusivo. Santos - SP, 2014.

Variável	NIP (n= 12)		IP (n=12)		p	
	n	%	n	%		
Estado civil	Solteira	1	8	4	33	p = 0,317
	Casada/ união estável	11	92	8	67	
Escolaridade*	Analfabeta/ F I incompleto	1	8	2	17	p = 0,999
	F I completo/ F II incompleto	2	17	1	8	
	F II completo/ EM incompleto	4	17	4	33	
	EM completo/ S incompleto	4	33	3	25	
	S completo	1	8	2	17	
Ocupação	Desempregada/ dona de casa	9	75	10	83	p = 0,999
	Trabalhadora formal	-	-	1	8	
	Trabalhadora informal	3	25	1	8	
Classe socioeconômica**	A	-	-	1	8	p = 0,164
	B	3	25	1	8	
	C	8	67	5	42	
	D	1	8	5	42	

* Legenda: FI: fundamental I; FII: fundamental II; EM: Ensino Médio; S: Ensino Superior; NIP: Não Interrupção precoce; IP: Interrupção Precoce

**Classificação segundo ABEP, 2013

Teste Exato de Fisher

Não foram encontradas mães divorciadas ou viúvas e nenhuma pertencia à classe socioeconômica E.

Do universo da população do estudo, cinco mães trabalhavam fora de casa (3 INP e 2 IP) e, destas, apenas uma (IP) possuía vínculo empregatício formal. As outras quatro (3 INP e 1 IP) possuíam vínculo não formal com flexibilidade de horário. Dentre as trabalhadoras não formais, três (2 INP e 1 IP) possuíam condições de amamentar seus filhos no local de trabalho.

Uma mãe relatou ser tabagista e duas fizeram uso de álcool durante a gestação e/ou amamentação. As três pertenciam ao grupo INP.

Caracterização da população do estudo em relação ao pré-natal, parto e alta hospitalar

A tabela 4 mostra a distribuição das participantes em relação ao acompanhamento do pré-natal, características do parto e momento da alta hospitalar.

Tabela 4: Características do pré-natal e parto das mães frequentadoras da atenção primária à saúde em Santos , de acordo com interrupção precoce ou não (IP/NIP) do aleitamento materno exclusivo. Santos - SP, 2014.

Variável		NIP (n= 12)		IP (n=12)		p
		n	%	n	%	
Local da realização do pré natal	Rede pública	10	83	7	58	p = 0,371
	Rede privada	2	17	5	42	
Tipo de parto	Cesárea	8	67	7	58	p = 0,999
	Normal	4	33	5	42	
Hospital Amigo da Criança	Sim	2	17	4	33	p = 0,640
	Não	10	83	8	67	
Alojamento conjunto no hospital	Sim	12	100	11	92	p = 0,999
	Não	-	-	1	8	

Legenda: NIP: Não Interrupção precoce; IP: Interrupção Precoce
Teste Exato de Fisher

A maioria (87%) das mulheres iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação. As outras (1 INP e 2 IP) iniciaram no segundo. Duas (IP) passaram por seis ou menos consultas de pré-natal e 92% a mais do que seis. Todas as participantes realizaram seus partos em hospitais, e a maioria, de ambos os grupos, em hospitais não titulados como “Amigo da Criança”.

Dentre os doze bebês do grupo IP, dois não receberam leite materno na primeira hora de vida, e a três foi ofertada fórmula infantil no copinho em algum momento em que ainda estavam no hospital.

No momento da alta hospitalar, dois bebês (IP) estavam se alimentando com leite materno além da fórmula infantil.

Característica da população de estudo em relação a grupos educativos/ informações

Na tabela 5, pode-se visualizar a distribuição das mães em relação às atividades educativas e informações voltadas à amamentação durante o pré - natal.

Tabela 5: Recebimento de informações sobre o aleitamento materno, de acordo com o tipo de serviço de saúde utilizado por mães frequentadoras da atenção primária à saúde em Santos, de acordo com interrupção precoce ou não (IP/NIP) do aleitamento materno exclusivo, durante o pré-natal. Santos - SP, 2014.

Variável		NIP (n= 12)		IP (n=12)	
		n	%	n	%
Orientação sobre AM* na rede pública durante o pré-natal	Sim	7	58	5	42
	Não	3	25	2	17
Orientação sobre AM* na rede particular durante o pré-natal	Sim	2	17	2	17
	Não	-	-	3	25

*Legenda: AM: Aleitamento materno; NIP: Não Interrupção precoce; IP: Interrupção Precoce

Não houve diferença estatística quanto à orientação sobre amamentação durante o pré-natal entre os grupos IP e NIP, independente do mesmo ter sido realizado em serviço público ou particular.

A tabela 6 mostra a distribuição das mães em relação à participação em grupos voltados ao incentivo ao aleitamento materno realizados nas unidades de saúde e ao acesso à informação sobre AM no período de internação hospitalar.

Tabela 6: Distribuição das mães frequentadoras da atenção primária à saúde em Santos, de acordo com interrupção precoce ou não (IP/NIP) do aleitamento materno exclusivo, de acordo com o acesso à informação sobre o aleitamento materno. Santos - SP, 2014.

Variável		NIP (n= 12)		IP (n=12)		p
		n	%	n	%	
Participação de grupos na unidade de saúde*	Sim	7	58	6	50	p = 0,999
	Não	5	42	6	50	
Orientação sobre AM** no hospital	Sim	7	58	7	58	p = 0,999
	Não	5	42	5	42	

*A participação nos grupos pode ter sido tanto durante o pré – natal quanto no pós – natal.

** Legenda: AM: Aleitamento materno; NIP: Não Interrupção precoce; IP: Interrupção Precoce
Teste Exato de Fisher

Das 13 (54%) mulheres que participaram dos grupos na unidade de saúde, oito (62%) participaram de 1 a 3 encontros, quatro (31%) estavam presentes em 4 a 6 e somente uma (IP), em sete ou mais. Os grupos foram realizados por médico e/ou nutricionista e/ou assistente social e/ou dentista. Onze mencionaram o tempo de AME como informação repassada durante as atividades, seguida pela “ordenha” e “correta pega do bebê” (oito mulheres), “cuidado com as mamas” (sete mulheres) e “doação do leite materno” (uma mãe). Uma mulher (IP) não recebeu qualquer tipo de informação durante as consultas de pré-natal, nem durante a internação no hospital assim como na consulta de puerpério.

Rede social e sua influência sobre o aleitamento materno

As participantes foram indagadas sobre quais as pessoas as quem recorriam quando possuíam alguma dúvida em relação ao AM (tabela 7), aqui denominadas como “referência”, e com quem poderiam contar como apoio para a continuidade/ manutenção da amamentação. Estes dados estão expostos nas das tabelas 7 e 8, respectivamente.

Tabela 7: Tipo de pessoas-referências nomeadas pelas mães frequentadoras da atenção primária à saúde de Santos em relação às dúvidas sobre aleitamento materno , segundo interrupção precoce ou não (IP/NIP) do aleitamento materno exclusivo. Santos - SP, 2014.º

Variável	NIP (n= 12)		IP (n=12)		p
	n	%	n	%	
Profissional de saúde	4	33	5	42	p = 0,999
Avó da criança	1	8	4	33	p = 0,317
Vizinha ou amiga	2	16	1	8	p = 0,999
Tia da criança	-	-	2	16	p = 0,999
Internet	1	8	1	8	p = 0,999
Sem dúvidas	6	50	5	42	p = 0,999

ºMais de uma resposta possível.

Legenda: NIP: Não Interrupção precoce; IP: Interrupção Precoce
Teste Exato de Fisher.

Quando o assunto foi apoio, percebe-se que a grande maioria das pessoas citadas pertencia à família da mulher, provavelmente as pessoas que mais estavam perto delas fisicamente, conforme demonstrado na tabela 8.

Tabela 8: Distribuição das mães frequentadoras da atenção primária à saúde de Santos de acordo com apoio recebido para a continuidade/manutenção do aleitamento materno segundo interrupção precoce ou não (IP/NIP) do aleitamento materno exclusivo. Santos - SP, 2014. Santos - SP, 2014. ^φ

Variável	NIP (n= 12)		IP (n=12)		p
	n	%	n	%	
Pai da criança	10	83	4	33	p = 0,036*
Avó da criança	4	33	5	42	p = 0,999
Tia da criança	-	-	3	25	p = 0,217
Outros filhos	1	8	-	-	p = 0,999
Ninguém	-	-	5	42	p = 0,037*

^φMais de uma resposta possível.

Legenda: NIP: Não Interrupção precoce; IP: Interrupção Precoce

*p significante quando < 0,05. Teste Exato de Fisher

Fatores e intercorrências como possíveis causas para a interrupção do AME

A tabela 9 mostra o uso de bicos artificiais nos dois grupos estudados. Destaca-se que para estas variáveis, a exposição ao uso destes bicos foi considerada quando ocorrida antes dos seis meses de vida da criança.

Tabela 9: Uso de bicos artificiais de acordo com a interrupção precoce ou não (IP/NIP) do aleitamento materno exclusivo. Santos - SP, 2014.

Variável	NIP (n= 12)		IP (n=12)		p	
	n	%	n	%		
Uso de bicos artificiais	Somente chupeta	2	17	1	8	p = 0,002*
	Somente mamadeira	-	-	2	17	
	Chupeta e mamadeira	-	-	6	50	
	Não	10	63	3	25	

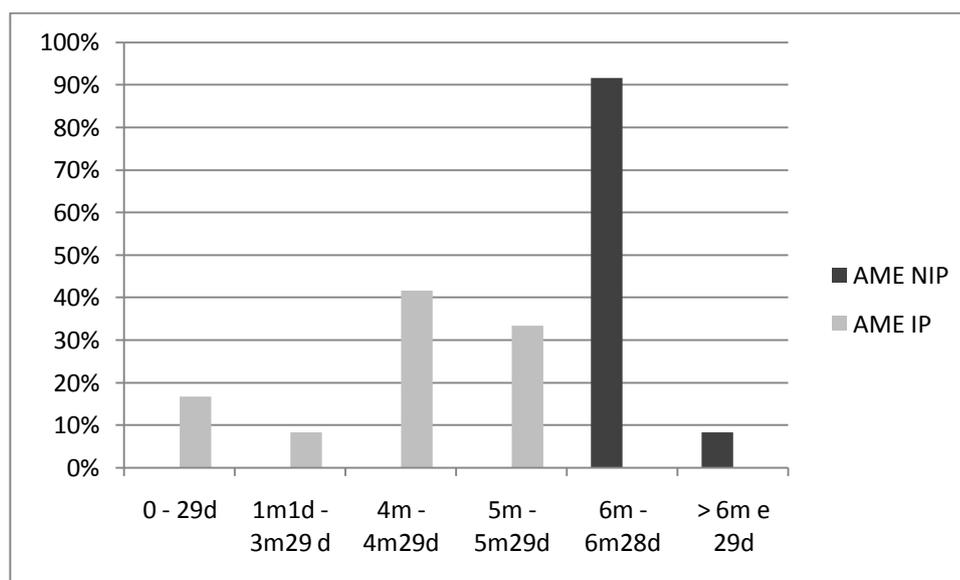
*p significante quando < 0,05. Teste Exato de Fisher

Legenda: NIP: Não Interrupção precoce; IP: Interrupção Precoce

As intercorrências mamárias foram relatadas por nove mães (5 NIP e 4 IP; $p = 0,999$). Dentre as principais, a fissura foi citada por sete mulheres (3 NIP e 4 IP), escoriações por cinco (3 NIP e 2 IP) e mastite por uma (NIP); podendo ter havido mais de uma intercorrência por mulher. Três mães (2 NIP e 1 IP) apresentaram mais do que uma intercorrência.

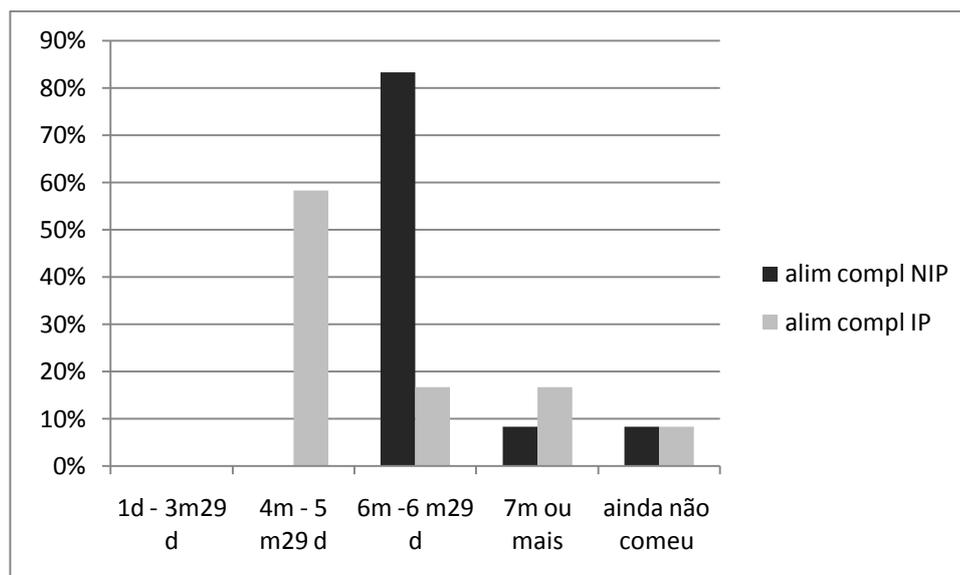
Período da interrupção precoce do AME

A figura 3 mostra a idade da criança quando houve a interrupção do aleitamento materno exclusivo, independente de qual o alimento foi oferecido. Já na figura 4, está apresentada a idade da criança quando foi introduzida a alimentação sólida.



Legenda: AME: Aleitamento Materno Exclusivo, NIP: Não Interrupção Precoce, IP: Interrupção Precoce.

Figura 3: Período em que ocorreu a interrupção do AME. Santos - SP, 2014



Legenda: Alim compl: Alimentação complementar, NIP: Não Interrupção Precoce, IP: Interrupção Precoce.

Figura 4: Período em que houve a introdução da alimentação sólida na dieta da criança. Santos - SP, 2014

Destaca-se o grande número de mães que interrompeu precocemente o aleitamento materno exclusivo (entre 4 e 6 meses incompletos de vida do bebê), realizando a introdução de alimentos sólidos.

6.2 Discurso do Sujeito Coletivo

Ressalta-se que o Discurso do Sujeito Coletivo foi construído a partir da fala das 12 mulheres que compunham a população de estudo que interromperam o AME precocemente (IP).

A partir da definição de expressões-chave dos discursos e o estabelecimento da idéia central, foram reconhecidas cinco categorias:

- O peito (in)suficiente;
- Quando o sofrimento fala mais alto;
- O meu saber e o saber dos outros: entre a amamentação e a fórmula;
- O rompimento do cordão umbilical;
- Auto-percepção.

Estas categorias estão representadas pelo quadro 1.

Quadro 1: Ideias centrais estabelecidas a partir das falas das mães, de acordo com as categorias identificadas. Santos - SP, 2014.

Categoria	Ideia central	Mães (n = 12)
O peito (in)suficiente	Leite fraco/ insuficiente	6
	Mama pequena	1
	Vontade da criança em conhecer outros alimentos	2
	Acostumar a criança para a alimentação complementar	1
	Conhecimento (busca do) sobre aleitamento materno e as desvantagens da mamadeira	12
Quando o sofrimento fala mais alto	Angústia materna	7
	Intercorrências mamárias	6
O meu saber e o saber dos outros: entre a amamentação e a fórmula	A rede social induzindo a interrupção do AM	5
	A rede social apoiando a continuidade do AM	7
O rompimento do cordão umbilical	Volta ao trabalho e/ou inserção na creche como dificultador na manutenção do aleitamento materno	4
Auto-percepção	Vergonha e estética	2

^q Diferentes falas de uma mesma mulher podem estar presentes em duas ou mais ideias centrais e em distintas categorias.

As cinco categorias identificadas estão apresentadas abaixo, em ordem decrescente em relação ao número de mulheres que apresentaram ideias centrais em comum. No entanto, para duas (“O peito (in)suficiente” e “O meu saber e o saber dos outros: entre a amamentação e a fórmula”), foram observadas contraditórias dimensões dentro de uma mesma categoria, o que gerou dois DSC distintos.

O peito (in)suficiente

“Com a mamadeira ele fica mais satisfeito, alegre. Dorme mais, demora 3 horas para querer de novo, enche a barriga por um período maior. Ele se acostumou com a mamadeira, sente falta da mamadeira. Meu medo era que ele perdesse peso se deixasse a mamadeira... Meu filho mama de 3 em 3 horas, então não dava tempo do meu peito encher, nunca foi cheio, eu não tinha tanto (leite) assim... E meu bico era pequeno e eu tinha pouco seio, então eu achava que ele (bebê) táva com fome, porque o leite era clarinho, será que

sustenta mesmo? Mãe é boba, acha que o filho tá com fome ...Eu comia e ele ficava olhando, tinha vontade... aí eu comecei a dar (comida), pra já ir se acostumando.. Porque ele sente falta de uma comida de sal, sente falta de comer, não só ficar naquele peito... ele não satisfaz só com o peito, houve a necessidade da mamadeira, e minha preocupação era que ele não estivesse bem nutrido. Tem muita mãe que fica em dúvida se o leite é fraco ou forte”.

“O leite materno é importante e não é fraco, nunca é fraco, é saudável. Sempre ficou na minha cabeça “quando eu engravidar eu vou fazer de tudo pra dar o peito.” Sempre soube da importância, e o meu leite era super fortificado, super vitaminado, não tem nem comparação com o leite que eu dou em mamadeira, o leite do peito já tem todas as vitaminas e substâncias dá água. Tudo que a gente produz vai pro peito, que é o que passa pra ela (criança), e ela fica saudável. A amamentação é importante, é pro resto da vida. A “Organização da Saúde” fala que é o melhor leite. ...acho que ele ainda prefere o peito do que a mamadeira. Ele não gostou quando foi obrigado a tomar mamadeira, mama a mamadeira e ainda quer o peito depois. A mamadeira não vai suprir tanto a necessidade quanto o leite materno, é mais prejudicial pra ele. No peito ele mama mais, é mais fácil, a mamadeira, qualquer pessoa pode dar... eu fico chateada em ter que dar a mamadeira. ...Amamentar no peito é um sentimento único, é um vínculo grande entre mãe e bebê, é amor, proteção, é maravilhoso. Eu percebo que ele fica mais calmo, mais tranqüilo, saciado, até dorme. É mais saudável e ele adoce menos, eu adoro!”

Quando o sofrimento fala mais alto

“A mama dói, racha, machuca, corta, e eu tinha gastura... a dor era muita, tava pendurado, táva feio mesmo o peito. ... a dor, o nervosismo, a raiva, o medo, o stress e o cansaço fazem o leite secar, corta o leite, o peito não enche tanto, o filho fica se debatendo de fome. Tem muita mulher que para de amamentar por causa disso. Eu acho que a tranquilidade, o silêncio, a calma e a paciência são os mais importantes, porque se a mãe tá agitada, a criança fica mais agitada”.

O meu saber e o saber dos outros: entre a amamentação e a fórmula

“O pai, as avós, a família em geral se mete o tempo todo, principalmente na alimentação do seu filho: – a criança tá com sede, com fome, com cólica, não tá engordando, seu leite já não está sustentando. Dá a mamadeira, chazinho, água...– Você ouviu tanta coisa que acaba ficando na dúvida... Acho que os profissionais da saúde podiam

me explicar em relação aos cuidados com as mamas tanto no pré natal quanto no hospital. Se fosse passada a informação, a mulher ficaria preparada. Nada foi falado, eles falavam pra “mim” tentar, tentar.... e eu tive que sozinha... ..então comecei a dar o complemento. Foi me passado que era importante eu continuar a dar o peito, mas se eu quisesse já entrar com chazinho ou suco, eu podia, aos poucos..... Então talvez isso tá deficiente (informação). Ela (enfermeira no hospital) disse que o leite materno é saudável, mas deixa ainda aquela sensação de que a criança precisa de mais comida. O complemento não. Não é tão saudável, mas a criança toma e fica estufada.”

“A avó, o pai, a família em geral é a base de tudo. Eu fui escutando também as mulheres da Pastoral, e até hoje ele tá mamando. Todos sempre me apoiaram e se preocuparam comigo. É importante esse apoio para me sentir tranqüila, para conseguir dar o peito... O grupo na unidade ajudou e eu lia na internet, que o leite materno é importante e não é fraco, nunca é fraco, é saudável. Conversar com alguém que entende é sempre bom e faz a diferença. [O agente comunitário de saúde] sempre passa em casa, ele sempre, desde que eu to grávida, mesmo com plano, ele sempre me acompanha, ele sempre me falou... (da importância do leite materno). As enfermeiras e os médicos me ajudaram, me explicaram, conversavam muito com a gente: “ é importante amamentar, pra não deixar de dar o peito... mãe, faz um esforço, mesmo que ele não queira, insiste... pode dar que não vai machucar nada”.

O rompimento do cordão umbilical

“Penso que as mulheres que trabalham poderiam ter 6 meses de licença, já que se fala tanto em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses. Para colocar na creche, o pediatra falou para dar a mamadeira (fórmula), suquinho e papinha, pra ver o que eles davam na creche. Porque na creche eu não tinha a opção de ir lá e amamentar o meu filho, eu comecei a dar a mamadeira para ensaiar ele. E ele não táva querendo mamar na mamadeira, e táva ficando com fome. Acho que ele sentiu falta do meu leite enquanto estava na creche.”

Auto-percepção

“Eu tinha vergonha em ter que ficar tirando o peito pra fora nos lugares... e tem muita gente que ainda pensa que o peito vai cair se ficar amamentando...”

7 DISCUSSÃO

A análise quantitativa deste trabalho foi realizada a partir dos dois grupos (IP e NIP) estudados para que fosse possível verificar se determinadas variáveis que podem afetar a duração do AM estavam presentes, e quanto as mães dos dois grupos se assemelhavam ou diferenciavam em relação às mesmas.

A população de estudo tem como característica, em sua maioria, mulheres com idade média de 31 anos, casadas, múltíparas, tendo como escolaridade ensino fundamental II completo/médio incompleto, pertencentes à classe socioeconômica C e não trabalhadoras. Todas estas variáveis não apresentaram diferenças significativas, ou seja, aparentemente, não foram fatores decisivos para a interrupção do AME.

As mães estudadas, independente de interromper ou não o AME apresentaram idade mais próxima do grupo de mães que mantiveram o aleitamento prolongado no estudo de Corrascozza *et al* (2005) (média de 27 anos). Os mesmo autores constataram que a média de idade das que interromperam o aleitamento precocemente era de 22 anos.

Assim como neste estudo, Rocci; Fernandes (2014) não encontraram diferença significativa na variável estado civil. Estes resultados são diferentes dos de Carrascozza *et al* (2005), que averiguaram que era maior o percentual da interrupção precoce do AME em mães solteiras do que em mães casadas. Pereira *et al* (2010) também concluíram que possuir companheiro aumentou a prevalência em manter o AME em 72%.

Apesar do presente estudo não ter verificado a associação entre o número de filhos e a manutenção do AME, vale a pena observar que mães que interromperam precocemente o AME tinham mais filhos do que àquelas que não interromperam, resultados distintos observados por Rea; Monteiro (2002) e Corrascozza *et al* (2005). Esta divergência entre os resultados pode ser resultante do tipo de experiência prévia com a amamentação de acordo com cada mulher. Todavia, cada vivência torna-se única, não podendo generalizar este fato.

A relação entra a escolaridade materna e o tempo de amamentação é um tema complexo na literatura. Em semelhança aos achados neste trabalho, Caldeira e Goulart (2000) não evidenciaram tal associação. Porém, outros resultados demonstraram que o tempo de estudo materno pode influenciar no tempo do aleitamento. Escobar *et al* (2002), Giugliani

(2010), Pereira *et al* (2010) e Oliveira *et al* (2013) constataram que mães com maior nível de escolaridade tendem a manter a amamentação por mais tempo, enquanto Melo (2013) observou que a duração do AME foi maior em mães com menor escolaridade.

De acordo com a relação entre classificação socioeconômica e tempo de aleitamento materno, outras investigações apresentaram diferentes resultados. Kummer *et al* (2000) e Melo (2013) observaram que quanto maior era o nível socioeconômico materno, maior era o tempo de AM, diferentemente de Carrascoza *et al* (2005), que concluíram que o tempo de AM era menor quando o nível socioeconômico materno era maior. Neste estudo, a condição econômica foi semelhante nos dois grupos.

Interessante destacar que o estudo de Melo (2013) também foi realizado na cidade de Santos-SP, porém com uma população mais abrangente e não limitada ao serviço público de saúde. Devido a este fato, pode ter havido divergências entre os resultados obtidos, uma vez que no presente trabalho, frequentadoras (total ou parcial) do serviço público foram investigadas. Ainda, enquanto no trabalho de Melo (2013), grande parte das mulheres pertencia à classe B, neste, a maior proporção foi de mães pertencentes às C e D.

Ao pensar que a volta ao trabalho é um dos grandes dificultadores para a continuidade do AME, (UCHIMURA *et al*, 2001, VOLPINI; MOURA, 2005 e GIULIANI *et al*, 2011), pode-se direcionar um olhar atento a este resultado, já que a maioria das participantes não exercia trabalho fora do lar, assim como no estudo de Pereira *et al* (2010), no qual se constatou que 65,5% das participantes não exerciam trabalho remunerado.

Dados da Pesquisa Nacional da Demografia e Saúde indicam que a maior parte das mulheres inseridas no mercado de trabalho (65%) não tem vínculo legal, e, por não terem direitos trabalhistas, tornam-se propícias à introdução de outros alimentos na dieta de criança (SANTOS; MARANHÃO, 2004; FUJIMORI *et al*, 2010). No presente estudo, evidenciou-se o trabalho informal (quatro dentre cinco trabalhadoras), e que, por terem carga de trabalho flexível, tinham possibilidade de estar com seus filhos e manter o AME.

A única mãe que trabalhava formalmente interrompeu o AME antes dos seis meses por conta do fim de sua licença-maternidade, que é de quatro meses para a maioria das mulheres com vínculo empregatício. A licença-maternidade de seis meses ainda é facultativa para empresas públicas e privadas; porém, quando a mãe não se beneficia deste tempo, deverá ser informada sobre as possibilidades que existem em continuar o AME, realizando a

ordenha, o armazenamento e a oferta de maneiras corretas. Além do que, é preciso orientar as puérperas em relação aos seus direitos de cidadania, e encorajá-las a lutar por eles.

Damião (2008) analisou 2549 inquéritos alimentares aplicados entre os anos de 1998 e 2000 no município do Rio de Janeiro e identificou que a frequência de aleitamento materno exclusivo era o dobro para as mães que não trabalhavam quando comparadas às mães que possuíam algum tipo de vínculo empregatício, o que não foi confirmado neste estudo, uma vez que não houve diferença significativa entre os dois grupos estudados quando o assunto foi trabalho/ocupação. Outro estudo que apontou este fato foi o realizado por Volpini e Moura (2005), no qual o fato da mãe trabalhar não teve associação com a interrupção do AM.

Independente de manter ou não o aleitamento materno exclusivo, grande parte das mães realizou o pré-natal no serviço público (70%) e recebeu informação sobre AM neste período (66%), sendo que pouco mais da metade (54%) participou em algum momento de grupos informativos em relação ao AM em sua unidade de saúde de referência.

Diferentemente dos resultados expostos por Pereira *et al* (2010), que constataram que dos 31,9% das mulheres entrevistadas que participaram de grupos, 62,3% ainda mantinham o AME, o que sugere que a participação em grupos de promoção, proteção e apoio ao AM pode ser uma estratégia eficaz e em que vale a pena investir.

Destaca-se aqui que a coleta de dados foi realizada exclusivamente no serviço público de saúde, justificando assim, o maior número de pré-natais realizados neste serviço.

Segundo Ribeiro; Kuzuhara (2007) e Puccini; Pedroso (2008), a gestante deveria participar de pelo menos três encontros durante o pré-natal, nos quais deveriam ser abordados os temas: vantagens do aleitamento materno; amamentação na primeira meia hora de vida; importância da amamentação sob livre demanda; como ter leite suficiente, pega e posição; importância do aleitamento materno exclusivo; risco da alimentação artificial e do risco de mamadeira, bicos e chupetas, dentre outros. Porém, no presente estudo, como no de Corrascoza *et al* (2005), o recebimento de informações sobre amamentação durante a gestação não interferiu na interrupção precoce ou extensão do aleitamento materno.

De acordo com a matriz diagnóstica do Programa “Rede Cegonha”, é importante a mulher realizar mais do que sete consultas de pré-natal, sendo um ponto positivo que a

maioria (n = 22) das participantes deste estudo realizou este acompanhamento. Duas mães que realizaram menos do que sete consultas de pré-natal pertenciam ao grupo IP.

Alguns trabalhos desenvolvidos com puérperas (SANDRE-PEREIRA *et al*, 2000, FUJIMORI *et al*, 2010 e PEREIRA *et al*, 2010) revelaram que, dentre as informações obtidas no pré-natal, o tempo preconizado para o AME até o sexto mês foi considerada a informação mais importante e a de maior fixação, indicando provável ênfase nessa questão, vindo ao encontro do presente estudo.

A realização dos grupos de promoção e incentivo ao aleitamento materno nas unidades de saúde do município de Santos é realizada por perspectivas diferentes em cada cenário e não se pode generalizar como se dá sua condução. As estratégias e conteúdos escolhidos por cada equipe/profissional e a abordagem adotada com as participantes são determinantes para que haja sucesso ou fracasso na promoção do cuidado. Por não existir critérios, na maioria das vezes, fica(m) o(s) responsável(is) pela condução do grupo o(s) profissional(is) que mais se identifica(m) com o tema, dificultando o envolvimento e a co-responsabilização de outros para esta linha de cuidado.

O grupo deveria ser um momento para que, além da troca de experiências, permitisse um olhar cuidadoso para questões que vão além do repasse de informações técnicas, podendo também auxiliar no enfrentamento de problemas mais frequentes, fazendo necessário e primordial o aconselhamento na prática da amamentação. O aconselhamento se faz a partir da atenção voltada às mães, respeitando suas opiniões e decisões, encorajando-as em optar pelo melhor para seu filho, valorizando os saberes adquiridos, informando de maneira correta, porém sem ser impositiva, atentando às expressões verbais e não verbais, e, sobretudo, acolhendo esta mulher (BUENO; TERUYA, 2004).

Em relação ao parto, foi predominante o tipo cirúrgico, assim como no trabalho de Corrascoza *et al* (2005), porém divergente do trabalho de Pereira *et al* (2010), no qual a minoria (36,3%) dos bebês tinham nascido por meio de cesariana. Neste estudo, não se evidenciou associação entre tipo de parto e a manutenção do aleitamento materno exclusivo. Por mais que esta relação não tenha sido presente, o predomínio da intervenção cirúrgica chama atenção, já que em Santos existem duas maternidades tituladas como “Amiga da Criança”, as quais deveriam incentivar o parto normal, pois suas vantagens são inúmeras, desde uma melhora recuperação da mulher e redução dos riscos de infecção hospitalar até uma incidência menor de desconforto respiratório do bebê (BRASIL, 2013). Estudos

(CARVALHAES; CORRÊA, 2003 e BOCCOLINI *et al*, 2011) evidenciaram que dificuldades na mamada foram mais frequentes quando ocorreu parto cirúrgico, já que há alteração das respostas endócrinas na mãe, dificultando a ejeção do leite no período pós-parto, além de provocar dor por conta da cicatriz, o que leva a um maior incômodo materno em posicionar corretamente o bebê para mamar (CARVALHAES; CORRÊA, 2003).

A pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, realizada pela Fundação Osvaldo Cruz demonstrou que os dados brasileiros são alarmantes, já que a intervenção cirúrgica expõe a mãe e o bebê a riscos desnecessários. Entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, foram acompanhados o pré-natal e o parto de 23.940 mulheres em maternidades públicas, privadas e mistas em 191 municípios em todos os estados, e se verificou que no Brasil, 28% das mulheres iniciam o pré-natal já optando pela cesárea, enquanto que a média mundial é 10%. Quanto aos cuidados com o bebê, entre os recém-nascidos saudáveis, apenas 26% tiveram o contato pele a pele com a mãe após o nascimento, 14% foram alimentados pelo leite materno na sala de parto e 40% durante a primeira hora de vida. Ressaltam-se os percentis elevados de partos cesáreos (88%) no setor privado e no público (46%) (LEAL; GAMA, 2014).

Para a obtenção e manutenção do título “Hospital Amigo da Criança”, é necessário que o hospital cumpra os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (Anexo 1), assim, deduz-se que deveria haver maior empenho da equipe de saúde quando esta está inserida em um hospital com tal titulação. Porém, dentre as seis mulheres que tiveram seus filhos em Hospitais Amigos da Criança, quatro pertenciam ao grupo IP e apenas duas ao NIP.

Outros estudos (VENÂNCIO *et al*, 2002, SILVA *et al*, 2008; CALDEIRA; GONÇALVES, 2009; SOUZA *et al*, 2012) realizados em diferentes cidades brasileiras comprovaram que após implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) nas maternidades, houve aumento significativo das taxas de aleitamento materno nestes municípios. Infere-se que não basta o título se não houver fiscalização para que os “Dez Passos” sejam cumpridos, além da qualidade das informações oferecidas às puérperas, e o quanto estão incentivando (ou não) o AME até o sexto mês.

Houve intercorrência mamária na menor parte das mulheres (9 dentre as 24), sendo 5 mães do grupo NIP . Mesmo a literatura mostrando que estas influenciam

negativamente o processo da amamentação, neste estudo não foi fator para a interrupção do AME precocemente ($p=0,999$).

Estes resultados permitem afirmar que não houve diferença sociocultural, obstétrica e puerperal entre os dois grupos estudados (IP e NIP), exceto: uso de chupeta ou mamadeira antes dos 6 meses, pai da criança como apoiador para o AM e não ter ninguém como apoiador para o AM, comprovando a importância da rede social quando o assunto é amamentação.

Ainda existe um saber popular presente nas falas das mães de que a “chupeta acalma” a criança. Por isso, deve-se tentar desmistificar esta ideia, uma vez que o uso de bicos artificiais pode interferir negativamente o aleitamento materno. Lamounier (2003), ao levantar trabalhos nacionais e internacionais, constatou que o uso da chupeta pode influenciar negativamente a continuidade e o tempo do aleitamento, tanto exclusivo quanto total, uma vez que poderia diminuir a frequência da mamada e conseqüentemente, a produção de leite. Diversos estudos (SANTIAGO *et al*, 2003; SOARES *et al*, 2003; LAMOUNIER, 2003) também reforçaram o efeito negativo da chupeta sobre a continuidade do aleitamento materno exclusivo. Isto se evidencia nos resultados obtidos neste estudo, ao se observar que a grande maioria das crianças do grupo NIP (10 dentre 12) não fez uso de bicos artificiais, enquanto que 50% do IP fez uso de chupeta e mamadeira simultaneamente antes dos 6 meses. Uma atenção especial deve ser dada ao uso de mamadeiras. Como esta só foi oferecida aos bebês do grupo IP, não se pode afirmar se foi a causa ou a consequência da interrupção precoce do AME, uma vez que observa-se que muitas mães, ao iniciarem a alimentação complementar, independente da idade da criança, oferecem líquidos em mamadeiras ou chucas, no lugar do copo (BRASIL, 2002).

É importante informar que a oferta de líquidos após os 6 meses tem que ser realizada no copo ou na colher, uma vez que se oferecidos em mamadeira, corre-se o risco do bebê apresentar a “confusão de bicos”, podendo resultar em infecções e prejuízos em relação à pega, e conseqüentemente, o aparecimento de intercorrências nas mamas (RIBEIRO; KUZUHARA, 2007).

Esta informação, e todas as outras, têm que ser repassada às mães e aos responsáveis pelo cuidado com o bebê, os quais são atores coadjuvantes no processo da amamentação. A rede social a qual esta mulher pertence pode ter forte influência sobre as suas decisões, devendo ser, portanto, peça-chave também para investimento em relação à

educação em saúde. Segundo Mendes (2011), diferentes conceitos de rede coincidem em um campo comum, e que se caracteriza como “relações estáveis, autonomia, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos” (MENDES, 2011, p. 78).

Por tudo isso, a continuidade e a manutenção do aleitamento materno dependem do tipo de apoio oferecido à mulher, e este apoio deve vir também de quem de fato a mulher atribui algum valor, como sua família (em especial, o companheiro) e os profissionais de saúde. Sendo assim, percebe-se que além da qualidade de assistência prestada à mulher e da decisão pessoal em querer amamentar, para a manutenção do aleitamento, ela precisa do incentivo também destas pessoas (BRASIL, 2009).

A família representa um dos principais contextos de socialização dos indivíduos e, portanto, possui um papel fundamental para a inclusão do ser humano (DESSEN; BRAZ, 2005). Sendo assim, por estar mais perto fisicamente da nutriz, deveria estar também inserida às ações de promoção e apoio ao aleitamento materno, e sua influência não se resume aos cuidados com o bebê, estendendo-se assim para os seus diversos conhecimentos que são repassados à puérpera. É na família e por meio dela, que a mulher encontra o suporte para as suas dificuldades. De um modo geral, é quem cuida, dá apoio e orientações no que tange à saúde de seus membros, além de exercer influências importantes sobre eles (GONÇALVES, 2001). Souza *et al* (2009) ao analisarem o papel da rede social da mulher, confirmam que a família ocupa o primeiro lugar de referência para a mulher quando se depara com a amamentação, e isto pode ser positivo ou negativo para a manutenção do AM.

A avó, por já ter sido mãe, traz consigo a bagagem desta vivência, muitas vezes inovadora para a nutriz (TEIXEIRA *et al*, 2011). Quando o assunto é leite materno, crenças, valores e costumes familiares são enfatizados, e se por um lado a família pode trazer incentivos para a mulher, por outro, pode desestimular a prática da amamentação (RAMOS; ALMEIDA, 2003), tornando-a alvo de ansiedades e dúvidas, principalmente ao confrontar as “verdades” destas pessoas com as “verdades” adquiridas nos serviços de saúde (GONÇALVES, 2001).

Susin *et al* (2005) concluíram que estas pessoas podem influenciar negativamente, tanto na duração quanto na exclusividade, pois obtiveram resultados significantes em relação à interrupção do aleitamento pelo aconselhamento para oferta de outros líquidos, como água, chá e outro tipo de leite.

Com base nos resultados obtidos, pode-se inferir que quando a mãe não tem ninguém para apoiá-la, seja emocionalmente, seja fisicamente, esta possui maior tendência em abandonar o AME, o que leva a acreditar que a participação do pai da criança deve ser valorizada e estimulada, ao mesmo tempo em que é preciso dar maior atenção àquelas mulheres que não possuem companheiro. Pereira *et al* (2010) constataram que a prevalência de AME aumentou em 72% quando a mulher tinha companheiro, porém, muitos não sabem de que maneira podem apoiar as mães, provavelmente, por falta de informação (BRASIL, 2009). Por isso, é essencial incluí-los nas ações de orientação aos cuidados com o bebê, desde o pré-natal. Estas ações provavelmente possibilitarão o apoio, incentivo e promoção da amamentação (PIAZZALUNGA; LAMOUNIER, 2011); porém, para que haja esta participação efetiva dos pais trabalhadores, outra discussão se torna relevante: é necessária a extensão do horário de atendimento nas unidades de saúde? São necessárias medidas para que sejam apoiados legalmente?

Uma das ações do Programa Mãe Santista é o “pré-natal do papai”, que se resume em realização de exames bioquímicos e, se necessário, acompanhamento médico. Seria importante a ampliação desta participação, envolvendo-o nas consultas desde o pré-natal até o puerpério e valorizando o seu papel enquanto pai e cuidador. Assim, o casal seria beneficiado com todas as informações e esclarecimentos de suas dúvidas conjuntamente, e compreenderiam os benefícios do aleitamento, além do pai se sentir apto a apoiar a mulher emocionalmente e ajudá-la quando esta, porventura, passasse por alguma crise ou dificuldade durante a amamentação. Ainda, a ele caberia a oportunidade de se sentir integrante deste processo todo, que não se limita ao binômio mãe-bebê (PIZZALUNGA; LAMOUNIER, 2009).

Piazzalunga e Lamounier (2011), ao estudarem o papel dos pais no aleitamento materno, identificaram mudanças ocorridas ao longo do tempo nas atitudes masculinas que têm contribuído para a prática da amamentação. Essa nova figura paternal foi denominada pelos autores como “novo pai” o homem que passa a demonstrar maior interesse e satisfação com os cuidados exigidos com a criança e passa a dividir as responsabilidades domésticas que antes eram ditas como somente da mulher. Para Sousa *et al* (2013), há diferentes tipos de apoio que o pai pode exercer durante este processo:

a) apoio emocional: incentivar, encorajar, elogiar, dar atenção, acalmar, valorizar, manifestar alegria, apoiar a decisão materna e, sobretudo, persistir no apoio à amamentação;

b) apoio presencial: participação nas consultas de pré-natal e ações educativas durante a gestação; sentar-se próximo à mãe enquanto ela amamenta, mostrar interesse e valorizar o ato de amamentar, reivindicar seu direito de acompanhar o parto e o do bebê em mamar na primeira meia hora de vida, cuidar e ajudar a mulher nos momentos de dificuldade, como no posicionamento do bebê enquanto mama e participar nos cuidados com o bebê, com a casa e com a família;

c) apoio informativo: mencionar, de maneira clara, para a mulher que gostaria de estar envolvido no processo da amamentação, prover informações sobre problemas com a amamentação, manter a postura incentivadora, valorizar a amamentação, estimular a mulher para que faça boas refeições e para que haja uma boa ingestão hídrica, ou seja, se importar com a saúde também da mãe, e não só do bebê;

d) autoapoio: manter expectativas positivas e buscar informações sobre a amamentação, reconhecer que amamentar é um ato passageiro, e com isso, saber valorizar esse momento, compreender as necessidades da mãe e do bebê e as mudanças na relação conjugal que se seguem ao nascimento de uma criança. E por fim, certificar-se de que é um bom pai.

Muitas mulheres se vêm sozinhas quando retornam para suas casas com seus filhos nos braços, e este pode ser o momento em que não terão pela primeira vez ninguém para orientá-las, incentivá-las e ajudá-las com os cuidados do recém-nascido. Neste período, o qual se considera crítico, as unidades de saúde deveriam ter condições de disponibilizar um profissional capacitado para a realização de visita domiciliar para a puérpera ainda na primeira semana de vida do bebê, ou quando não possível, a primeira consulta pediátrica deveria acontecer neste período (PUCCINI; PEDROSO, 2008). O que ocorre muitas vezes, pela falta de comunicação ou da existência de uma rede de atenção articulada, este bebê e esta mãe chegam à unidade de saúde com quase um mês, período crítico para que haja o desmame.

Devido ao pequeno número de mães investigadas nesta primeira fase do estudo, os resultados não podem ser extrapolados.

Na segunda etapa do estudo, apenas as mães pertencentes ao grupo IP foram submetidas à análise qualitativa, por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

De acordo com os resultados obtidos, a categoria descrita como “*O peito (in)suficiente*” foi a de maior relevância quando o assunto foi a manutenção do AME. Existem crenças e receios de que o leite não sustenta mais a criança, que vai “ficando fraco”, e ao mesmo tempo em que há a desconfiança da qualidade nutricional do leite materno, há o conhecimento de sua importância para a saúde de seu filho. Todas as entrevistadas enfatizaram benefícios e vantagens do aleitamento materno em relação a outro tipo de leite e/ou fórmula, o que gerou dois DSC divergentes.

Hoje em dia ainda sofre-se com os resquícios presentes até os anos 70, quando houve grande marketing em torno das fórmulas infantis e mamadeiras, juntamente com as modificações nas fórmulas, na tentativa de assemelhem-se ao leite humano (REA, 1990, GIULIANI; LAMOUNIER, 2004). Neste contexto, destaca-se o papel das avós e tias da criança, que provavelmente, por terem feito parte desta história durante os anos 70, trazem consigo a valorização do leite artificial e da mamadeira, além do aconselhamento para a oferta de outros líquidos antes dos seis meses (SUSIN *et al*, 2005). A avó foi citada por cinco mães (1 NIP e 4 IP) e a tia, por 2 (IP) enquanto referência para o AM, o que demonstram seus papéis desestimuladores para a manutenção do AME.

A decisão de amamentar ou não o filho depende do significado que a mulher atribui a esta prática, sendo assim, as crenças e os tabus fazem parte da construção do ser humano, (ISHISATO; SHIMO, 2001) e podem ser fatores decisivos para a manutenção ou interrupção da amamentação (STEFANELLO *et al*, 2008; LINS; TERRENGUI, 2010; OLIVEIRA *et al*, 2011; SILVA *et al*, 2011). Diversos trabalhos (ISHISATO; SHIMO, 2001; RAMOS; ALMEIDA, 2003; OLIMPIO *et al*, 2010; FUJIMORI *et al*, 2010) comprovam que a justificativa do “leite fraco” e da “quantidade insuficiente de leite” se evidencia quando o assunto é abandono do aleitamento materno exclusivo. Ao verificarem a coloração do leite materno, que é diferente da do leite de vaca, algumas mulheres começam a desconfiar da qualidade nutricional do leite que produzem, passando então a oferecer outro tipo de leite, com a justificativa de que é necessário para complementar o seu, conforme a fala de uma das mães: “... eu olhando assim a cor, às vezes eu acho, “será que alimenta mesmo?” Porque é bem clarinho...” (Mãe 4).

À medida que a criança vai crescendo, algumas mulheres relatam que não conseguem ou não se sentem capazes de produzir leite em quantidade suficiente para suprir a fome de seus filhos. Então, passam a oferecer outros tipos de leite, frutas, suco ou papa

salgada antes do seis meses. *“Olha, ultimamente ele não tem ficado tão satisfeito... porque ele é bem gulosinho mesmo, entendeu? então há a necessidade da mamadeira, porque às vezes ele não fica satisfeito...”* (Mãe 15.) *“Aí a criança conforme vai crescendo, eu acho q a mamadeira sustenta mais ele que o peito, pela idade dele né? O peito, com a idade da criança, fica mais fraco né?”* (Mãe 18).

No discurso acima, as indagações *“entendeu?”* e *“né?”* podem ser interpretadas como justificativa ou a busca da autoafirmação materna em relação à interrupção do AME. Como a pesquisadora está inserida nos locais estudados enquanto profissional, pode ter havido a tendência em gerar respostas socialmente aceitáveis. Este é um ponto interessante e importante a ser discutido: o papel do pesquisador enquanto profissional no local da coleta dos dados, que no momento desta tem que ser imparcial, para que não haja viés na pesquisa. É fundamental que saiba lidar com a situação para que o entrevistado possa ter a tranquilidade em responder da maneira mais sincera e verdadeira, sem a preocupação com que haja julgamento de suas falas. O entrevistador tem que deixar claro que neste tipo de pesquisa, não existem respostas certas ou erradas, o importante é a resposta sincera do entrevistado (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2012).

Por ser de fácil digestão, os intervalos entre as mamadas são geralmente menores entre os bebês amamentados exclusivamente com leite materno, quando comparados com os que recebem fórmulas infantis (RIBEIRO; KUZUHARA, 2007), podendo gerar algum momento de incerteza às mães, e que para elas podem estar relacionados com a saciedade e o valor nutricional que os diferentes tipos de leite proporcionam. *“... o leite (materno) ele mama mas daqui a pouco ele quer de novo...”* (Mãe 4).

Spyrides *et al* (2005), ao revisarem resultados divulgados na literatura, depararam-se com trabalhos, que em sua maioria, identificaram maior ganho de peso até os quatro a seis meses de vida em crianças em aleitamento materno exclusivo. Contudo, após o segundo trimestre, este comportamento se inverte, ou seja, crianças amamentadas tornam-se mais magras do que as alimentadas com fórmulas (SPYRIDES *et al*, 2005), o que pode provocar medo e insegurança à mãe que não estiver se sentindo apoiada e informada sobre tal acontecimento. Fato elucidado por meio da seguinte fala: *“... meu medo, meu grande medo sempre de deixar a fórmula foi que ela perdesse peso, porque se ela não tivesse bem nutrida...”* (Mãe 24).

Acredita-se que, mesmo sabendo da importância da continuidade do aleitamento, muitas vezes as mães se vêem como “a única pessoa que pensa assim”, e então se sentem excluídas por não concordarem com opiniões alheias, colocando em dúvida seu ponto de vista em relação ao AM. Sugere-se aqui novamente a importância do apoio dado à nutriz para a manutenção do AME, já que os conhecimentos a respeito do AME são presentes. Destaca-se o número de mães que de alguma maneira citaram vantagens em relação ao leite materno: todas (12) do grupo IP relataram, no mínimo, um benefício proporcionado pelo leite que produziam, apoiando a ideia de que a interrupção do AME vai além das informações obtidas e do conhecimento sobre a importância desta prática (FUJIMORI *et al*, 2010; ISSLER *et al*, 2010).

Quando um dos pontos da rede não funciona ou não está presente, os outros deveriam dar suporte para que este apoio exista. A equipe de saúde deveria ser o elo central deste suporte, atentando-se para onde é possível a rede falhar, e assim, disponibilizar estratégias para sua resolução. Assim, conforme já discutido, quando a mulher se sente apoiada, tende a manter o AME por mais tempo e pode dividir suas angústias, medos e sofrimentos com as pessoas que se fazem presentes nesta rede de apoio sem que haja julgamento.

“Quando o sofrimento fala mais alto” foi a categoria de segunda maior relevância quando o assunto foi a manutenção do AME. Sete (dentre 12) participantes relataram em algum momento que passaram por algum tipo de dificuldade/stress e seis (dentre 12) citaram as intercorrências mamárias como dificultadoras para a continuidade do aleitamento, embora apenas quatro (IP) apresentaram, de fato, alguma intercorrência durante o processo da amamentação. No grupo NIP, cinco mulheres também apresentaram intercorrências mamárias, e ainda assim, mantiveram o AME por seis meses, sugerindo que este não foi fator decisivo para a interrupção do AME.

No estudo de Nakano (1996), realizado em Ribeirão Preto, todas as 22 mulheres investigadas referiram dificuldades iniciais como cansaço, fraqueza, adaptação aos cuidados exigidos com o bebê, bem como ao atendimento das suas necessidades imediatas, que vão além destes cuidados. Todos esses fatores podem dificultar a liberação da ocitocina, prejudicando a ejeção do leite (DEWEY, 2002). Corrascoza *et al* (2005) também constataram em seu trabalho realizado em Campinas, que 62% das mulheres referiram sintomas de stress quando efetuaram a interrupção precoce do AME.

A categoria “*O meu saber e o dos outros: entre a amamentação e a fórmula*”, também gerou duas dimensões, representadas por dois DSC, que evidenciaram e enfatizaram novamente a importância da rede social a qual a nutriz estava inserida, que ora pode apoiar a continuidade do AM, ora pode desestimular esta prática.

Como idéia de reforço à importante participação da rede social, pode-se destacar a experiência ocorrida durante a Semana Mundial da Amamentação, em agosto de 2004, na qual o processo da amamentação era ilustrado por um laço dourado. Um dos lados do laço representava a mulher, o outro, o bebê e o nó central era representado pelo pai, pela família e pela sociedade, relacionando que sem a participação destes, este laço não existiria (REGO, 2008).

Marques *et al* (2010) em seu estudo afirmam que a rede social na qual a nutriz está inserida é capaz de interferir sobre a decisão de amamentar, por meio de diferentes situações, tais como apoio/ incentivo e repasse de conhecimentos e valores culturais/tradição. Estes mesmos autores analisaram vários estudos que verificaram a importância dos “coatores” envolvidos na amamentação. Assim, como neste estudo, Cernadas *et al* (2003), concluíram que a(s) avó(s), o pai da criança, e os profissionais de saúde, são capazes de influenciar diretamente na decisão materna em manter o aleitamento materno, o que se elucida a partir das falas das mães estudadas: “... *minha mãe falou pra mim não parar de dar (o peito). Foi aonde eu continuei mesmo. Mas se não fosse ela, eu acho que tinha parado...*” (Mãe 20). “...*e muitas vezes meu marido falava: - não, vamos tentar, vamos tentar, olha o que a pediatra falou... lembra aquele dia no banco de leite que falaram, que é assim mesmo, que é difícil, mas vamos tentar*” (Mãe 24). “*Conversar com um médico, com uma enfermeira, conversar com alguém que entenda mais que a gente é sempre bom, com certeza*” (Mãe 9).

Ao mesmo tempo em que esta rede influencia para a continuidade, também exerce papel para a interrupção do AME, como confirmam as seguintes expressões: “*tanto que pessoas da minha família falavam: - pára de peito, peito... dá uma comidinha, porque isso aí não sustenta mais*”, o pessoal falava, e eu acreditava que não sustentava mesmo, mamava demais...” (Mãe 21). “...*Porque meu marido achava que ela táva sentindo sede e ele pegou e deu... (água)...eu falava pra ele que não podia, que o leite do peito já tem todas as substâncias da água, só que como ele é teimoso, teve a chance e acabava dando...* (Mãe

10). *“ele (pediatra) explicou pra mim que tinha que dar o peito mesmo, mas se quisesse já começar a entrar com um chazinho, um suquinho de laranja, eu podia aos poucos.”* (Mãe 3).

Sendo assim, não basta apenas informar a mulher sobre as vantagens do aleitamento se não houver um trabalho com os demais que a rodeiam também. Por isso, torna-se relevante a presença destas pessoas nos serviços de saúde durante todo o acompanhamento do cuidado, para que conjuntamente com a gestante/puérpera, possam ter acesso às informações em relação ao AME até o sexto mês; ofertando o apoio necessário à mulher neste período da amamentação. Com isso, cria-se um vínculo entre os envolvidos, sendo a base para a construção da confiança, essencial para qualquer tipo de relação. É importante para a mulher saber com quem contar em um momento de insegurança, desespero e incapacidade. *“... ah, eu achei que elas (equipe de enfermagem do hospital) podiam assim, ter me ajudado com o peito, passado alguma pomada, alguma coisa, porque eu tive que sozinha...”* (Mãe 4).

Destaca-se aqui o papel dos profissionais de saúde, os quais foram as pessoas mais referenciadas quando existe alguma dúvida em relação à amamentação. Nesta perspectiva, possuem papel decisivo. Isso faz refletir para que a todo e qualquer momento, a equipe de saúde tenha que estar atenta à necessidade desta mãe, fazendo com que o cuidado seja contínuo, incluindo articulação com a família, amigos e comunidade para que a apoiem física e emocionalmente àquela puérpera que necessita. Porém, muitas mulheres se mostram insatisfeitas com o tipo de apoio recebido, pois querem suporte ativo, e não apenas repasse de informações técnicas. O profissional precisa entender que tipo de apoio a mãe realmente precisa, deseja ou espera dele (BRASIL, 2009), e tem que estar aberto para ouvir e compreender o comportamento da mulher, observando sempre o ambiente que a cerca, desenvolvendo assim a confiança e então, poder apoiá-la (GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004).

Muitas vezes, há dúvidas diversas durante o período gestacional e puerperal, devido às mudanças corporais, hormonais e fisiológicas. Faz-se necessário que haja o entendimento das mulheres sobre o seu corpo e o apoio em suas decisões, explicitando o que realmente pode e acontece com ela e seu bebê durante o processo da amamentação, conforme mencionado por uma das participantes do trabalho: *“Então eu acho que se fosse passada essa informação (pela obstetra), que pode haver essa dificuldade (da amamentação) e tal, eu acho que a mulher ficaria preparada...”* (Mãe 24).

Ramos e Almeida (2003) relataram a falta de sensibilização e escuta por parte dos profissionais com o momento da mulher, sendo também um dos fatores que influencia negativamente a continuidade do AME. O que se percebe na prática, é que a partir desta ação, as nutrizes tendem a se distanciar cada vez mais, dificultando o vínculo e a confiança. O modelo de atendimento prestado nos serviços de saúde ainda é baseado em queixas de origem biológica, resumindo qualquer possibilidade de atenção voltada para o que há por trás dos sinais e sintomas (NAKANO, 2003), e este olhar reducionista pode, mesmo que momentaneamente, excluir a condição de conhecer melhor a totalidade do indivíduo (ROZEMBERG; MINAYO, 2001).

Em muitos casos, para que haja transformações para atingir interação entre equipe e usuária, é necessária a mudança uniprofissional para a atenção multiprofissional (MENDES, 2011). É de extrema importância a atualização permanente dos profissionais, norteadas pela noção de aprender a aprender, trabalhar em equipe e ser orientados pela maior resolutividade dos problemas de saúde, sabendo valorizar os saberes tradicionais (CECCIM, 2005). Além do que, a importância da interdisciplinaridade e de como ela se opera no campo da saúde são essenciais para que o profissional não volte seu olhar para o “estritamente” biomédico, psicológico ou sociológico (ROZEMBERG; MINAYO, 2001).

Santiago *et al* (2003) confirmaram em seu trabalho que a equipe multiprofissional seria o ideal para o acompanhamento de mães e bebês que queiram vencer as dificuldades da amamentação, como também a educação permanente para os pediatras deveria ser mais estimulada, uma vez que quando há capacitação específica para estes profissionais, a frequência e manutenção do aleitamento materno é maior. A educação permanente em saúde vem com o intuito de articular as pessoas para o processo de mudanças, além de oferecer oportunidades para a troca de experiências, discussão e construção coletiva (LOPES *et al*, 2007), para além de simples capacitação específica, devendo esta ser estimulada para todas as áreas profissionais envolvidas, não somente à ginecologia e pediatria, mesmo que o modelo de saúde no Brasil seja ainda centrado nestes profissionais.

É necessário que todos profissionais comecem a rever suas condutas e uso de seus procedimentos tecnicistas somente, passando a fazer uso de outras tecnologias, tais como a escuta, o toque e a sensibilidade. Nessa perspectiva, a postura deveria ser de respeito e diálogo, valorizando as práticas que representam o acúmulo de conhecimentos ao longo da história de cada mulher. Com isso, a atenção deve se dar de maneira integral (PUCCINI;

PEDROSO, 2008), focando a rede na qual está inserida, criando o vínculo entre as partes e garantido o acolhimento necessário para que a mãe esteja fortalecida na sua tomada de decisões (BUENO; TERUYA, 2004). Porém, suspeita-se que haja falta de escuta por parte destes, que reduzem suas ações a soluções rápidas e práticas, sem ouvir a real necessidade e os desejos daquela mulher que está em sua frente; e o mais preocupante, sem que haja orientação de acordo com recomendações já pré-estabelecidas quando o assunto é aleitamento materno.

As possibilidades para a continuidade da amamentação têm que ser preestabelecidas conjuntamente, entre profissional e mãe, já que cada caso envolve tipos de ações diferentes, sabendo assim, o profissional valorizar o momento de cada mãe (REA, 2005; FUJIMORI *et al.*, 2010). É importante que haja um olhar profundo voltado às questões pessoais, bagagem cultural e desejos da mulher que amamenta, sendo o aconselhamento em amamentação um importante instrumento para o aumento das taxas e duração da amamentação (BUENO; TERUYA, 2004). Albernaz e Victora (2003) ao fazerem um levantamento bibliográfico de 19 estudos realizados entre 1990 e 2001, os quais descreviam o aconselhamento face a face às mães no período pós-natal ou no pré e pós-natal, constataram que a maioria deles mostrou um efeito positivo deste tipo de intervenção, resultando em aumento do aleitamento exclusivo. Ressaltam ainda a importância de que haja estrutura para fornecer soluções para os problemas que a mãe venha a encontrar concretamente durante a amamentação, com aconselhamento individual.

Vitiello (1996) explica que um trabalho persistente e dedicado dos profissionais de saúde pode aumentar a frequência do aleitamento em médio e longo prazo. Tal fato denota que esses profissionais têm importante papel na promoção e na continuidade do aleitamento materno, desde o pré-natal, perpassando pela internação hospitalar e dando continuidade ao cuidado durante o puerpério. Vale aqui destacar o importante papel dos agentes comunitários de saúde (ACS); ao mesmo tempo em que são profissionais de saúde, fazem parte do convívio diário das nutrizes, compondo o território o qual estas estão inseridas. Neste sentido, suas ações e práticas voltadas ao acompanhamento e promoção do aleitamento materno são fundamentais, pois já conhecem os usuários e suas culturas, ganhando confiança e credibilidades junto às mulheres que amamentam (BRASIL, 2009).

O “Programa Mãe Santista”, implantado no município de Santos em 2013 ainda possui um olhar reducionista à saúde da mulher, uma vez que é pequeno o número de

profissionais disponíveis para tal. Pensando que a linha materno-infantil exige atuação multiprofissional, dentre elas, a Nutrição, isto não ocorre. Toda gestante deveria ser acompanhada também por um profissional nutricionista enquanto permanecesse sob os cuidados do Programa, e o acompanhamento nutricional estendido à criança até os dois anos de idade, já que a Nutrição envolve o cuidado com a alimentação nas diferentes fases do ciclo da vida humana. Com a ampliação do número de profissionais, poderia tentar garantir a integralidade do cuidado. Atualmente, no Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Saúde Municipal, apenas uma nutricionista faz parte do quadro técnico de funcionários, para as trinta unidades de atenção primária existentes. Ao se considerar os diversos Programas (Hiperdia, Materno-Infantil, Atenção ao Idoso, entre outros) os quais a atuação deste profissional torna-se relevante, fica inviável a atuação com a devida qualidade de atendimento.

A categoria nomeada “*O rompimento do cordão umbilical*” foi criada a partir das falas de quatro mães, que relataram dificuldades para a manutenção do AME quando existiu o distanciamento físico entre ela e o bebê. Destas, duas eram trabalhadoras, sendo uma formal e a outra, informal. Embora as demais não trabalhassem e o distanciamento físico se deu em razão do ingresso dos seus filhos nas creches.

O trabalho materno extradomiciliar pode favorecer a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (REA *et al*, 1997; RAMOS & ALMEIDA, 2003; FUJIMORI *et al*, 2010), portanto, o Ministério da Saúde elaborou no ano de 2010 uma nota técnica que discorre sobre a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas e privadas, com a finalidade em manter o aleitamento materno. Tais salas foram pensadas objetivando o esvaziamento das mamas durante a jornada de trabalho, além da possibilidade de armazenamento do leite coletado, para posteriormente ser oferecido ao seu filho (BRASIL, 2010). Outra maneira das empresas tornarem-se uma rede social de apoio positiva é cumprindo as leis trabalhistas as quais protegem o aleitamento materno.

Quando não há orientação e organização, tanto o trabalho formal quanto o informal pode ser decisivo para a interrupção do AME, tornando fator condicionante para seu rompimento, o que se comprova por meio destas falas: “*eu não tenho condição de vir do meu serviço e dar o mamá pra ele, e nem alguém pra levar ele nessa uma hora pra eu dar o mamá. E eu sinto falta disso, porque eu sei que ele gostaria, mas não é culpa minha*” (Mãe

15 - trabalhadora formal). “*eu fui trabalhar.... Aí tive que deixar ela na mamadeira, né? (risos) Deixava com a minha irmã, se não não dava...*” (Mãe 19 - trabalhadora informal).

Takushi *et al* (2008) confirmam ao dizer que o trabalho é um dos motivos para o não amamentar, pois as mães acreditam que a criança pode sofrer com o desmame brusco no momento em que houver o distanciamento físico. Por isso, entende-se que mesmo antes da volta ao trabalho, algumas já passam a oferecer a alimentação complementar em casa, com a justificativa de a criança “ir se acostumando”, para não “estranhar” as refeições que terão que ser oferecidas posteriormente, com o receio de que passará fome. Se a mãe realmente estiver disposta a continuar a amamentação exclusiva, o importante é ser orientada das possibilidades que tem para sua continuidade, mesmo após a volta ao trabalho, como por exemplo, em relação à ordenha e armazenamento de seu leite (REA, 2005). Além do que, para aquelas que são registradas, é fundamental o repasse de informações e a necessidade do conhecimento em relação aos seus direitos legais.

Em um estudo (PEDROSO *et al*, 2010) realizado em Portugal, 57,8% das mulheres que retornaram ao trabalho realizavam a ordenha e o armazenamento de seu leite materno, e este era oferecido aos seus filhos enquanto elas permaneciam no trabalho e/ou escola. Isso pode garantir condições mais favoráveis e saudáveis ao desenvolvimento da criança, mesmo que a mãe tenha que se ausentar por várias horas do dia (DOWLING *et al*, 2002).

Uma vez que a creche foi referenciada como dificultadora para a manutenção do AME por duas mães, é importante atentar-se ao seu papel. Seu surgimento deu-se a partir da Revolução Industrial, quando as mulheres passaram a exercer trabalho fora do lar e tornou-se, então, direito da mulher trabalhadora. Num primeiro momento, exercia somente papel assistencialista, e após a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB- Lei nº 9.394/ 96), passaram a incorporar a função de educar, tornando também direito da criança (OLIVEIRA; MIGUEL, 2012). Já que emerge este direito, as creches deveriam estar estruturadas, para poder proporcionar o melhor para o desenvolvimento e a saúde da criança, e dentre as ações propostas, o apoio na continuidade do aleitamento materno.

No trabalho de Barbosa *et al* (2009), foi possível comprovar que as creches públicas, em sua maioria, não têm essa estrutura, como uma sala disponível para a mãe amamentar, e não estão atualizadas com as recomendações de aleitamento e alimentação complementar. A creche foi claramente referenciada por uma mãe e merece destaque como

grande dificultadora para a manutenção do aleitamento materno, principalmente por se tratar de creche pública municipal, a qual deveria ter a mesma atenção à linha de cuidado materno infantil. “... *1 mês antes dele entrar na creche, eu fui lá conversar com a nutricionista, a forma que eles faziam a comida... Aí elas me explicaram isso: que era pra eu tirar (a amamentação durante o período da creche), pra eu mudar o horário (das mamadas) ... dar (leite materno) antes de ir pra creche, dar só no horário que ele chegava, dar mais à noite, tirar (a acriação do peito) durante o dia, porque lá não ia poder ser feito isso (amamentar). Lá elas davam a mamadeira (que é de fórmula)... Não tinha a opção de você ir lá e “mamar”. “...fiquei 2 semanas indo (na creche, para adaptação da criança), aí eu dava (o leite materno). Mas mesmo assim elas achavam ruim...”* (Mãe 9).

Por fim, a última categoria denominada como “*Autopercepção*” foi fruto da fala de apenas duas mães, e demonstrou que o modo em que o ato de aleitar é visto pela própria mulher pode ser um dificultador para a manutenção do AME. Entende-se que esta é uma questão tanto pessoal quanto social, pois envolve a imagem que a mulher tem sobre seu corpo e como ela acha que a sociedade a enxerga (sentimento de vergonha ao expor suas mamas), tendo como exemplos as seguintes falas: “*tem muita gente que ainda tem dificuldade sobre isso, em amamentar nos lugares... ou então por vergonha quando a criança cresce, aí ficam com vergonha porque não é todo lugar que você pode dar o peito pra criança* (Mãe 9). “*...ia toda hora nos lugares, ter que ficar tirando o peito pra fora, né, aquela coisa...*” (Mãe 21).

Quando há preferência do bebê por somente uma das mamas, se a mãe não insistir para que ele pegue a outra também, aquela que o bebê suga ficará maior do que a outra que não recebe estímulo para a produção do leite. Isto pode interferir na imagem corporal da mulher a qual se sente feia por apresentar mamas desproporcionais, ou então, achar que ao amamentar, haverá alteração estética. “*... conheço muita gente que não quer dar porque acha que vai estragar o peito... Tem muita gente que ainda pensa: “ah meu peito vai cair se eu ficar amamentando”* (Mãe 9)

Ao mesmo tempo em que a mama é representada como fonte de alimento, é desejada sexualmente, podendo gerar conflito entre maternidade e sexualidade, pela dupla função que exerce. Isto pode criar certa relação alienada, na qual a mulher vai deixando o papel de sedutora e olhando para si também como mãe, exercendo ao mesmo tempo esses dois papéis, que às vezes são bem distintos (SANDRE-PEREIRA, 2003; PAMPLONA, 2005).

Sandre-Pereira (2003) comparou mulheres brasileiras e francesas em relação à sexualidade e a amamentação. A partir dos resultados obtidos, definiu quatro pontos: “a baixa da libido em mulheres após o parto”, o “tabu do seio materno”; o “tabu do incesto” e o “sono compartilhado”, descrevendo a relação entre prazer, satisfação e culpabilização que rondam as mulheres que amamentam, perpassando pela figura do pai, que também é o marido/companheiro.

Enfatiza-se a importância de toda a rede social da puérpera quando o assunto é amamentação, criando um vínculo de apoio e, principalmente de confiança entre os seus diversos pontos, onde os envolvidos participam ativamente do processo e se corresponsabilizam pelo cuidado. Para que haja maior resolubilidade, estes pontos têm que estar articulados, evitando assim os sistemas fragmentados, que se organizam de uma forma única e incomunicável com os demais serviços, caracterizados por ações específicas, onde não há continuidade ao serviço prestado (MENDES, 2011). O esforço é em vão quando um dos pontos desta rede está em sentido oposto ao apoio que a nutriz necessita.

É de fundamental importância o profissional de saúde, que pertence também à rede social destas mulheres, ser um dos principais articuladores para a manutenção do AME. Para isso, este deveria ser o primeiro a incentivar a nutriz para a continuidade da prática da amamentação exclusiva até os seis meses, repassando-lhas as informações necessárias e tendo a capacidade de entendimento e principalmente escuta para poder oferecer a ajuda de que ela necessita neste momento. O que se vê e o que é trazido pela nutriz é, justamente, a falta de cuidado que há, impossibilitando uma conversa mais profunda, impedindo o esclarecimento de suas dúvidas, muitas vezes pelo tempo reduzido que é oferecido a elas quando estão dentro do serviço de saúde. Com isso, o vínculo não é estabelecido, e cria-se uma barreira (imaginária e física) entre profissional e usuário, o que impede cada vez mais tal aproximação entre as partes, reforçando a necessidade da sensibilização destes por meio da educação permanente.

É necessário mobilizar também a família, a comunidade e todos que rodeiam a nutriz, informando-lhes sobre os inúmeros benefícios que o leite materno traz; reforçando a importância do compartilhamento dos cuidados exigidos com a casa, com o bebê e outros filhos, para que a mulher possa dividir as diversas responsabilidades que são impostas a ela, e que consiga de uma forma mais tranquila, dedicar-se o tempo necessário para a amamentação.

Ainda é presente o olhar preconceituoso àquelas que amamentam, principalmente em locais públicos. Parte da sociedade não encara a amamentação como um ato natural e fisiológico, o que remete a mulher, muitas vezes, à vergonha em amamentar seus filhos perante outras pessoas. A exposição das mamas ainda é vista com vulgaridade, ou relacionada com a figura sexual que ela tem, e assim, algumas mães são influenciadas por esta questão, totalmente retrógrada e de encontro com o natural. São necessárias campanhas educativas para que cada vez mais haja a desmistificação desta imagem que a amamentação ainda possui, incentivando o aleitamento materno em todos os âmbitos, quebrando o preconceito e empoderando as mulheres sobre suas ações.

Os resultados permitiram identificar que o processo de interrupção precoce do aleitamento materno também está relacionado a fatores que vão além do que vem sendo relatado na literatura. Embora muitos deles estivessem presentes para esse grupo de mães, a ampliação da escuta para os mesmos mostra o quão complexo são.

O presente estudo confirma que o olhar para as questões relacionadas ao aleitamento materno deve ir além das dimensões biológicas e tecnicistas e considerar, sobretudo, as culturais e sociais, que tanto influenciam este processo.

Apesar de esforços, fatores aqui discutidos ainda são evidenciados como dificultadores para a manutenção do aleitamento materno exclusivo até o período preconizado. Evidenciam-se, ainda, fragilidades na linha de cuidado materno-infantil no município santista. É necessário o apoio efetivo à mulher que amamenta, ou que deseja amamentar, uma vez que o reconhecimento da importância do leite materno é presente na maioria das vezes.

8 CONCLUSÃO

Ressalta-se que nesta população de estudo, a não participação formal no mercado de trabalho não foi fator decisivo para a manutenção do aleitamento materno. Além disso, o perfil das que interromperam precocemente a amamentação mostra que eram, em sua maioria, mulheres acima de 30 anos, casadas ou em união estável e com ensino fundamental II completo ou médio incompleto.

A rede de apoio à mulher é sem dúvida o fator que chama mais atenção para a não interrupção precoce do aleitamento materno. Esta rede pode ser composta por diferentes âmbitos: social (família, amigos, comunidade, religião, trabalho), sistema de saúde (profissionais de saúde, aconselhamento em saúde, educação permanente em saúde) e governamental (por meio de legislações que protegem a amamentação e incentivo à ações de promoção ao aleitamento materno). Embora cada um tenha a sua importância no apoio à nutriz, há necessidade de reforço à articulação dessa rede.

Desta rede, evidencia-se o papel do pai neste momento particular do puerpério. Confirma-se a hipótese, a qual se esperava que a mulher com maior rede de apoio se sentiria melhor assistida para a manutenção da amamentação. Tanto a família quanto os profissionais de saúde que a atendem desde o pré-natal ao puerpério mostram-se como determinantes para o sucesso (ou fracasso) do aleitamento materno, e por pelo menos seis meses exclusivamente.

9 REFERÊNCIAS

- ALBERNAZ, E.; VICTORA, C.G. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. **Revista Panam Salud Publica**, v.14, n.1, p. 17-24, 2003.
- ALBERNAZ, E.; ARAÚJO, C. L.; TOMASI, E.; MINTEN, G.; VICTORA, C. G. Influência do apoio à amamentação nas tendências das taxas de aleitamento materno na cidade de Pelotas (RS), 1982-2004. **Jornal de Pediatria**, v.84, n.6, p 560-564, 2008.
- ALMEIDA, J.A.G., NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. In: **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a02.pdf>. Acesso em: 18 set. 2013.
- ARAÚJO, O. *et al.* Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem** 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000400015&script=sci_arttext. Acesso em: 09 de janeiro de 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). Critério de classificação Econômica. Brasil. 2003. Disponível em <http://www.abep.org>. Acesso em: 14 mar. 2013
- BOCCOLINI, C.S.; CARVALHO, M.L.; OLIVEIRA, M.I.C.; VASCONCELLOS, A.G.G. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 69-78, 2011.
- BARBOSA, M.B.; PALMA, D.; BATAGLIN, T.; TADDEI, J.A.A.C. Custo da alimentação no primeiro ano de vida. **Revista de Nutrição**, Campinas, 2007, v. 20, n.01, 2007.
- BARBOSA, M. B.; PALMA, D.; DOMENE, S. M. A.; TADDEI, J.A.A.C.; LOPEZ, F.A. Fatores de risco associados ao desmame em lactentes matriculados em creches. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, 2009, v. 27, n. 03, 2009.
- BORBA, L.M.; CASTRO, L.C.V.; FRANCESCHINI, S.C.C.; FERREIRA, C.L.L.F. Composição do leite humano e microbiota predominantemente bífida do lactente em aleitamento materno exclusivo. **Nutrire: Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**. São Paulo, 2003, v. 25, p. 135-151, 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Departamento de atenção Básica. **Atenção básica e a saúde da família**. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>. Acesso em: 09 de janeiro de 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Disponível em <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php>. Acesso em: 30 de janeiro de 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Pactos pela saúde, 2006. 12p

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 107. 2002. 9p

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar: *Caderno de Atenção Básica*** [arquivo on line]. 2009. 23: -1-112. Disponível em <URL: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudecriancanutricaoaleitamentoalimentacao.pdf>>

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento materno. Nota técnica conjunta nº 01/2010. Anvisa e Ministério da Saúde. Assunto: sala de apoio à amamentação em empresas. 2010. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sala_apoio_amamentacao_empresas.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas área técnica de saúde da mulher. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082. Acesso em 05 de novembro de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Disponível em Ministério http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20911, Acesso em 12 de novembro de 2013.

BRASIL. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS)- Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 173, p. 64, 05 set., 2013. Seção 1.

BRASIL. Portaria nº 2.051, de 8 de novembro de 2001, estabelece os novos critérios da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 215, 09 nov., 2001. Seção 1.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS- a Rede Cegonha. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 125, 01 jul., 2011. Seção 1.

BRASIL. Resolução -RDC nº 221, de 5 de agosto de 2002, aprova o regulamento técnico sobre chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilo. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 150, 06 ago., 2002. Seção 1.

BRASIL. Resolução -RDC nº 222, de 5 de agosto de 2002, aprova o regulamento técnico para a Promoção Comercial de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 150, 06 ago., 2002. Seção 1.

BRASIL. Lei nº 10.421, de 15 de abril de 2002, Estende à mãe adotiva o direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 8.213, de 24 de julho

de 1991. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 150, 16 abr., 2002. Seção 1. p.1

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 78p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. **O trabalho do Agente de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 86p.

BUENO, L.G.S; TERUYA, K.M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n.5, p. 126-130, 2004.

CABRAL, V.L.M.; CAMPESTRINI, S. Programa de aleitamento materno- PALMA. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. **Mães desejosas de amamentar enfrentam despreparo profissional**. Disponível em: http://www.pucpr.br/servicos/programas_saude/palma/maes.html. Acesso em: 05 de jun de 2013.

CALDEIRA, A.P.; GOULART, E.M.A. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, n.1, p. 65-72, 2000.

CALDEIRA, A.P.; FAGUNDES, G.C.; AGUIAR, G. N. Intervenção educacional em Equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n.6, p. 1027-1033, 2008.

CALDEIRA, A.; CONÇALVES, E. Avaliação de impacto da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Archivos de Pediatria Del Uruguay**, v. 80, n.2, p. 144-149, 2009.

CARRASCOZA, K.C., JÚNIOR, A.L.C., AMBROZANO, G.M.V., MORAES, A. B. A. Análise de variáveis biopsicossociais relacionadas ao desmame precoce. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 93-104, 2005.

CARRASCOZA, K.C., COSTA JÚNIOR, A. L.; MORAES, A. B. A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 4, p. 433-440, 2005.

CARVALHAES, M.A.B.L.; CORRÊA, C.R.H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 13-20, 2003.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005.

CERNADAS, J.M.; NOCEDA, G.; BARREIRA, L. MARTINEZ, A.M.; GARSD, A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. **Journal of Human Lactation**, v. 19; n. 2; p. 136-144, 2003.

CONCEIÇÃO, C.S.; ALVES, V.H.; SILVA, L.R.; MARTINS, C.A.; VIEIRA, D.; RODRIGUES, V. P. Qualidade assintencional do Banco de Leite Humano: Percepção de usuárias. **Revista de Enfermagem**, v. 7, n.5, p. 1271-1278, 2013.

CORONA, L.P. **Aleitamento materno e estado nutricional de crianças menores de 3 anos no município de São Paulo**. 2009. 56f. Dissertação. Mestrado em Ciências- Universidade de São Paulo- Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2009.

DAMIÃO J.J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2008. 11: 442-52. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000300011

DESSEN, M.A. BRAZ, M.P. A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. In: DESSEN, M. A.; COSTA JR, A.L. **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 113-131.

DEWEY, K.G. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. **Journal of Nutrition**, 131, 3012-3015, 2001.

DOWLING, D. A., MEIER, P. P., DIFIORI, J. M., BLATZ, M. A., MARTIN, R. J. Cupfeeding for preterm infants: Mechanics and safety. **Journal of Human Lactation**, 18, p. 13-18, 2002.

ESCOBAR, A.M.U.; OGAWA, A.R.; HIRATSUKA, M.; KAWASHITA, M. Y.; TERUYA, P.Y.; GRISI, S.; TOMIKAWA, S. O. Aleitamento materno e condições socioeconômicas culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2. n. 3, p. 253-261, 2002.

ESCUDE M. M. L; VENANCIO, S. I.; PEREIRA, J.C.R. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 319-325, 2003.

EUCLYDES, M.P. **Nutrição do lactente: Base científica para uma alimentação adequada**. 2.ed. Minas Gerais: 2000.

FELICIANO, D.S.; SOUZA, A.S.L. Para além do seio: uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebês a partir de dificuldades na amamentação. **Jornal de psicanálise**, São Paulo, 2011, v. 44, n. 88, p. 145-161, 2011.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Disponível em <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=440>. Acesso em 03 de novembro de 2014.

FUNDAÇÃO SEADE. Perfil do município de Santos: banco de dados. Disponível em: www.seade.gov.br. Acesso em 29 de março de 2014.

FUJIMORI, E.; NAKAMURA, E.; GOMES, M.M.; JESUS, L. A.; REZENDE, M. A. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo

na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Revista Comunicação, Saúde e Educação**. v.14, n.33, p.315-327, 2010.

GIUGLIANI, E.R.J. Amamentação exclusiva e sua promoção. In: Carvalho MR. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 11-24.

GIUGLIANI, E.R.J. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano do Brasil: tecnologia para exportar. *Jornal de Pediatria*, v. 78, n. 3, p. 183-184, 2002.

GIUGLIANI, E.R.J.; LAMOUNIER, J.A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5 (supl), p. 117-118, 2004.

GIUGLIANI, E.R.J. Amamentação exclusiva. In: Carvalho MR; TAMEZ RN. **Amamentação: bases científicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 15-25.

GIULIANI, N.R.; OLIVEIRA, J.; TRAEBERT, J.; SANTOS, B.Z.; BOSCO, V.L. Fatores associados ao desmame precoce em mães assistidas por serviços de puericultura de Florianópolis / SC. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**. João Pessoa, v. 11, n.3; p. 417-423, 2011.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011. ISHISATO, S.M.T; SHIMO, A.K.K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Revista Latino Americano de Enfermagem**. v. 9, n. 5, p. 70-76, 2001.

ISSLER, H.; DOUEK, P.C.; ANDRÉ, L. M.; GOLDSTEIN, S.R.; ISSA, L. J.; FUJINAMI, P. I.; ZAIA, P. F.V.; HASHIMOTO, S. Fatores socioculturais do desmame precoce: estudo qualitativo. **Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 113-120, 2010.

KUMMER, S.C.; GIUGLIANI, E.R.J.; SUSIN, L.O.; FOLLETO, J.L.; LERMEN, N. R.; WU, V. Y. J. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 143-148, 2000.

LAMBERTI, L.M.; FISHER W.C.L.; NOIMAN A.; VICTORA C.; BLACK R.E. **Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality**. BMC Public Health [periódico on line] 2001.11 (3). Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S3/S5>

LAMOUNIER, J. A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p.284-286, 2003.

LANA, A. P. B. **O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica do comportamento da amamentação**. São Paulo: Atheneu, 2001.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G.M. Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, 2014.

LEFRÈVE, F. ; LEFRÈVE, A.M.C. O sujeito coletivo que fala. **Interface- Comunic, Saúde, Educ.**, São Paulo, v.10, n.20, p. 517-524, 2006.

LEFRÈVE, F, LEFRÈVE, A.M.C. **Pesquisa de representação social**: um enfoque quali-quantitativo. 20 ed. Brasília: Liber Livro; 2010.

LINS, A.H.; TERRENGUI, L. C. S. Mitos e tabus sobre o aleitamento materno. **Revista de Enfermagem UNISA**. São Paulo, v. 11, n. 2, p. 87-89, 2010.

LOPES, S.R.S.; PIOVESAN, E.T. A.; MELO, L. O.; PEREIRA, M.F. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com Ciências da Saúde**, v. 18, n.2; p. 147-155, 2007.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E. M. L. M. M. ; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N. F. C. V.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MARQUES, E.S.; COTTA, R.M.M.; MAGALHÃES, K.A.; SANT'ANA, L. F. R.; GOMES, A. P.; BATISTA, R.S. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1391-1400, 2010.

MARQUES, E.S.; COTTA, R.M.M.; PRIORE, S.E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.05, p. 2461-2468, 2011.

MARTINS, R.M.C; MONTRONE, A.V.G. Implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: educação continuada e prática profissional. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n. 3, p. 545-553, 2009.

MELO, P. R. **Análise de Fatores individuais e do ambiente alimentar associados à duração da prática de aleitamento materno e ao tempo da introdução de alimentação complementar em crianças menores de dois anos no município de Santos**. 2013. 114f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)- Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MONTE, C.M.G; GIUGLIANI, E.R.J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2004, v.80, n.05, 2004.

MONTE, G.C.S.B. **Rede social da mulher no contexto do aleitamento materno**. 2012. 195 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Centro De Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

MONTEIRO, R. Norma Brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 19, n.5, p. 354-362, 2006.

NASCIMENTO, Margarida. **Principais intercorrências maternas locais**. In:Manual de Orientação aleitamento materno. São Paulo: Ponto, 2006; p. 41-54.

NETO, C. M. **Benefícios do aleitamento materno**. Manual de orientação. Aleitamento materno. São Paulo: Ponto, 2006; p 20-21.

NIELSEN L.S.;SORENSEN T.I.A.; MONTENSEN E.L.; MICHAELSEN K.F. **Late introduction complementary feeding, rather than duration of breastfeeding, may protect against adult overweight**. Am J Clin Nutr [periódico on line]. 2010. 91: 619-27. Disponível em : <http://ajcn.nutrition.org/content/91/3/619.full.pdf+html>

OLIVEIRA, D.R.; GOMES, P. R.; BANDO, A. M. N.; GONÇALVER, S. R. Crenças alimentares no aleitamento materno. Um estudo entre gestantes e nutrizes atendidas em uma maternidade pública no município de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 2, p. 67-71, 2011.

OLIVEIRA, D.R.; MIGUEL, A. S. B. A nova concepção de creche pós- LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei nº 9.394/96. **Revista Fafibe On- line**, Bebedouro, v. 5, n. 5, p. 1-8, 2012.

OLIVEIRA, M.G.O.A; LIRA, P.I.C.; BATISTA FILHO, M.; LIMA M.C. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n.1, p. 179-189, 2013.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N.T. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **O mundo da saúde**. São Paulo, v. 32, n.4, p. 466- 474, 2008.

PEDROSO, R.M.C.J.; GALVÃO, D.M.G.; CASTRO, F.V. A amamentação de mulheres trabalhadoras e alunas de instituições do ensino superior público de Coimbra. **International Journal of Developmental and Educational Psychology** 2010; v.1, n.1, p. 677-685.

PEINADO, J.; GRAEML, A. R. **Administração da produção: operações industriais e de serviços**. Curitiba: UnicenP, 2007.

PEREIRA, R.S.V.; OLIVEIRA, M. I. C.; ANDRADE, C. L. T.; BRITO, A. S. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2343-2354, 2010.

PIAZZALUNGA, C.R.C; LAMOUNIER, J. A. A paternidade e sua influência no aleitamento materno. Revista de Pediatria. São Paulo, v. 31, n. 1, p. 49-57, 2009.

PIAZZALUNGA, C.R.C; LAMOUNIER, J. A. O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. **Revista Medicina Minas Gerais**, v.21, n. 2, p. 133-141. Ouro Preto, 2011.

PORTAL da cidade de Santos. **História de Santos. Disponível em** <http://www.santoscidade.com.br/historia.php>. Acesso em: 09 de janeiro de 2012.

_____. Prefeitura faz hoje lançamento do Programa Mãe Santista. *Diário Oficial de Santos*, Santos, p.5, 10 maio 2013.

PUCCINI, R.F.; PEDROSO, G.C. Aleitamento materno: o papel dos serviços de saúde. In: ISSLER, H. (coord.). **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas**. 1.ed. São Paulo: Sarvier, 2008, p. 47.

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, 2003.

REA, M.F. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.24, n. 3, p. 241- 249, 1990.

REA, M.F.; VENÂNCIO, S.I.; BATISTA, L.E.; SANTOS, R.G.; GREINER, T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.31, n. 2, p. 149-156, 1997.

REA, M.F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 37- 45, 2003.

REGO, J.D. O papel do pai na amamentação. In: ISSLER, H. (coord.). **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas**. 1.ed. São Paulo: Sarvier, 2008, p. 22.

RIBEIRO, L.C., KUZUHARA, J.S.W. Lactação. In: SILVA, S.M.C.S.; MURA, J.D.A.P. **Tratado de Nutrição, Alimentação e Dietoterapia**. 1.ed. São Paulo: Roca, 2007. Cap. 19, p.304.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M.C.S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n.1, p. 115-123, 2001.

SANTIAGO, L. B.; BETTIOL, H.; BARBIERI, M.A.; GUTTIERREZ, M.R.P.; DEL CIAMPO, L. A. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. **Jornal de Pediatria**. v. 79, n. 6, p. 504-512, 2003.

SPYRIDES, M.H.C.; STRUCHINER, C.J.; BARBOSA, M. T.S.; KAC, G. Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 2, p. 145-153, 2005.

SILVA, I. A. Reflexões sobre a prática do aleitamento materno. **Rev. Esc. Enf . USP**. São Paulo, v. 30, n. 1, p. 58-72, 1996.

- SILVA, A.F.M; GAIVA, M.A.M; BITTENCOURT, R.M. Uso de lactocogos na amamentação por mães assistidas numa unidade de saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 574-581, 2011.
- SOARES, M.E.M; GIUGLIANI, E.R.J.; BRAUM, M.L; SALGADO, A.C.N.; OLIVERIA, A.P.; AGUIAR, P. R. Uso de chupeta e sua realação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 309-316, 2003.
- SOUSA, A. M.; FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão de literatura e metassíntese. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 34, n. 2; p. 127- 134, 2013.
- SOUZA; M.H.N.; SOUZA, I.E.O; TOCANTINS, F.R. A utilização do referencial metodológico da rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. **Revista Latino- Americano de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 354-360, 2009.
- STEFANELLO, J.; NAKANO, A. M. S.; GOMER, F. A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 275-281, 2008.
- SUSIN, L.R.O.; GIUGLIANI, E.R.J.; KUMMER S.C. Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n.2, p.141-147, 2005.
- TEIXEIRA, M.A.; NITSCHKE, R.G.; SILVA, L.W.S. A prática da amamentação no cotidiano familiar- um contexto intergeracional : a influência das mulheres- avós. **Revista temática Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 14, n. 3, p. 205- 221, 2011.
- UCHIMURA, N.S.; GOMES, A. C.; UCHIMURA, T. T.; YAMAMOTO, A. E.; MIYAZATO, P.; ROCHA, S.F. Estudo dos fatores de risco para desmame precoce. **Acta Scientiarum**. Maringá, v. 23, n. 3, p. 713-718, 2001.
- UNICEF/MS. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Grupo de Defesa da Saúde da Criança. Manejo e promoção do aleitamento materno. Brasília (DF): OMS/OPAS/UNICEF; 1993.
- VASCONCELOS, F.A.G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 25, n. 1, p. 9-20, 2005.
- VENÂNCIO, S.I.; ESCUDER, M.M.L; KITOKO, P; REA, M.F.; MONTEIRO, C.A. Frequência e determinantes do aleitamento materno em 84 municípios do estado de São Paulo, em 1998. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, p. 313-318.
- VICTORA, C.G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Pelotas, v. 4, n. 1, p. 3-69.
- VITIELLO, Nelson. **Orientação pré natal**. São Paulo, Femina. v.14, n.7, p. 595- 597, 1996.

VOLPINI, C. C. de A.; MOURA, E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 18, n. 3, Jun. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Indicators for assessing breastfeeding practices. Update. Programme for Control of Diarrhoeal Disease**. 1992; 10: 1-4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes**. Geneva; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consensus meeting held 6-8 november 2007**. Geneva; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding: model Chapter for textbooks for medical students and allied health professional**. Geneva; 2009.

ANEXO 1- Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

- 1- Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
- 2- Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.
- 3- Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
- 4- Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
- 5- Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
- 6- Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
- 7- Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
- 8- Encorajar a amamentação sob livre demanda.
- 9- Não dar bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas.
- 10- Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar (BRASIL, 2008).

ANEXO 2- Submissão à Coordenadoria de Formação/ SMS/ PMS (COFORM)**PREFEITURA DE SANTOS**
Secretaria de Saúde

Santos, 01 de março de 2013

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde, concorda que a pesquisadora Daniela Emmerich de Barros Araújo, orientada pela Prof. Dra. Claudia Ridel Juzwiak, da Universidade Federal de São Paulo realize a pesquisa "**Fatores relacionados ao desmame precoce no município de Santos**", após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.

Ana Claudia Freitas Vasconcelos

COFORM/SMS

ANEXO 3- Submissão ao Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde da Universidade Federal de São Paulo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A amamentação sob o olhar de mães frequentadoras da atenção primária do município de Santos

Pesquisador: Daniela Emmerich de Barros Araújo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14223113.6.0000.5505

Instituição Proponente: Departamento de Ciências do Movimento Humano

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 726.260

Data da Relatoria: 23/07/2014

Apresentação do Projeto:

Emenda solicitando troca de título a pedido da banca de qualificação

"A amamentação sob o olhar de mães frequentadoras da atenção primária do município de Santos".

Objetivo da Pesquisa:

emenda para atualização de título

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sem riscos associados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

emenda para atualização de título

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

foi apresentada carta da pesquisadora solicitando a atualização do título do trabalho

Recomendações:

não existem recomendações

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 726.260

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências adicionais

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi acatado

SAO PAULO, 23 de Julho de 2014

Assinado por:
José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 **Fax:** (11)5571-1062 **E-mail:** cepunifesp@unifesp.br

APÊNDICE A- Questionário

1- Nome:

2- Idade: _____ anos

3- Estado civil: () solteira () união consensual () casada () divorciada () viúva

4- A senhora mora com o pai da criança? () sim () não

4.1 Se não: tem relação afetiva (namoro) com o pai da criança? () sim () não

5- Idade do pai da criança: _____ anos

6- Idade do bebê: () 6 meses até 8 meses e 29 dias () 9 meses até 12 meses

7- Semana gestacional do nascimento do bebê: () antes de 37 () 37 a 42 () após 42

8- Peso do bebê ao nascer: _____ gramas

9- Apgar do bebê no

nascimento: _____

10- Escolaridade:

() analfabeta/ fundamental I incompleto- antigo “primário”

() fundamental I completo/ fundamental II incompleto- antigo “ginásio”

() fundamental II completo / médio incompleto- antigo “colegial”

() médio completo/ superior incompleto

() superior completo

11- Escolaridade do pai da criança:

() analfabeto/ fundamental I incompleto- antigo “primário”

() fundamental I completo/ fundamental II incompleto- antigo “ginásio”

() fundamental II completo / médio incompleto- antigo “colegial”

() médio completo/ superior incompleto

() superior completo

12- Ocupação do pai da criança

() Desempregado () Estudante () Trabalhador formal () Trabalhador informal

13- Ocupação da mãe da criança

() Desempregada/ dona de casa () Estudante () Trabalhadora formal ()
Trabalhadora informal

Se estiver trabalhando**13.1 em qual período?** (pode assinalar mais de uma opção, se for o caso) manhã tarde noite outros**13.2 carga horária semanal:** _____ horas**13.3 o local de trabalho possibilita condições para amamentar durante a jornada de trabalho?** sim não**13.4 o local de trabalho possibilita condições para a realização da ordenha e armazenamento do leite materno?** sim não**13.5 em relação à licença-maternidade:** não teve licença está de licença voltou ao trabalho após 120 dias de licença voltou ao trabalho após 180 dias de licença.**13.5.1 Se já retornou ao trabalho: seu filho fica onde enquanto você trabalha?** leva ele para seu emprego em casa ou na casa de parentes creche pública. Qual? _____ Creche particular. Qual? _____ outros. Qual? _____**14- A senhora é tabagista?** sim não**14.1 Se sim: fumou durante a gestação e/ou amamentação?** somente durante a gestação somente durante a amamentação os dois não**14.1.2 Atualmente fuma quantos cigarros por dia?** _____ cigarros**15- Fez /faz uso de álcool e/ou outras drogas durante a gestação/ amamentação?** socialmente frequentemente não**15.1** somente durante a gestação somente durante a amamentação os dois

16- Posse de itens (assinalar com um X)

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou mais
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar (não considerar o “tanquinho”)					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

17- A senhora fez acompanhamento de pré natal? () sim () não

17.1 Se sim, em qual local? () unidade de saúde. Qual? _____

() consultório médico particular

17.2 Início do pré natal: () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre

17.3 Número de consultas de pré natal: () 1- 6 () mais que 6

17.4 Recebeu orientação durante o pré natal sobre amamentação?

() sim () não

17.4.1 Se sim, por qual (is) profissional (is)? _____

18- Tipo de parto: () cesárea () normal () fórceps

19- Local do parto

() hospital. Qual? _____ Em qual cidade?

() casa () outros

Se no hospital:

19.1 Hospital tem título “Amigo da Criança”? () sim () não

19.2 Recebeu alguma informação sobre amamentação no pós parto?

() sim () não

19.2.1 Se sim, por qual (is) profissional (is)? (pode assinalar mais de um, se for o caso)

- médico. Especialidade: _____ enfermeiro
 nutricionista fonoaudiólogo outros. Qual? _____.

19.3 Seu filho ficou o tempo todo com você durante a internação de pós parto?
 Dormiu, tomou banho, teve todos os cuidados no mesmo quarto em que você estava?

- sim não

19.4 Seu filho recebeu alguma fórmula infantil no hospital?

- sim não não sei

19.4.1 se sim: no copinho na colher na seringa na mamadeira

19.5 Seu filho mamou no seu peito até a primeira hora de vida? sim não

20- No momento da alta hospitalar, como o seu bebê era alimentado?

- somente leite materno leite materno + fórmula infantil somente fórmula infantil
 outros _____

21- A senhora participou de algum grupo de apoio ao aleitamento materno na sua unidade de saúde?

- sim não

21.1 Se sim, quantos encontros? 1-3 4-6 7 ou mais

21.2 Estes grupos foram realizados por qual(is) profissional(is)? (pode assinalar mais de um profissional, se for o caso)

- médico enfermeiro nutricionista outros. Quais? _____

21.3 Nos encontros de orientação, recebeu informação sobre:

- tempo de aleitamento materno exclusivo cuidados com as mamas
 técnica de ordenha técnica de pega outros _____

22- Quando a senhora tem/ tinha alguma dúvida em relação à amamentação, a quem a senhora recorre/ recorria?

- pai da criança avó(ô) da criança tia(o) da criança vizinha(o)/ amiga(o)
 algum profissional da saúde outros _____

29.1 Se sim: qual? () mastite () fissuras - “rachadura” () ingurgitamento - “leite empedrado” () escoriação - “feridas” () outros _____

30- A senhora tem outros filhos? () sim () não **Quantos?** _____

30.1 Amamentou os outros filhos? () sim () não

30.2 Se sim, exclusivamente por quanto tempo? () de 1 a 3 meses e 29 dias () de 4 a 4 meses e 29 dias () de 5 a 5 meses e 29 dias () 6 a 6 e 29 dias () mais de 6 meses e 29 dias

APÊNDICE B- Entrevista

1. Fale-me como tem sido / foi sua experiência com a amamentação.
2. A senhora tinha alguma intenção de amamentar seu filho desde o início?
3. A senhora teve alguma dificuldade inicial na amamentação?
4. Sofreu algum tipo de stress quando saiu do hospital e foi pra casa?
5. No período em que a senhora está amamentando ou amamentou, o que considera ter sido se apoio / obstáculo para a amamentação?
6. O que a senhora acha da condição ou apoio que lhe foram dados para amamentar durante o período que esteve no hospital?
7. Teve apoio de algum profissional da saúde (durante os grupos na unidade de saúde, por exemplo) ou de algum parente ou amigo em relação à amamentação? Esse apoio teve alguma influência nas suas decisões?
 - a. **Se não participou dos grupos:** por que não participou dos grupos?
 - b. **Se participou dos grupos:** o que a senhora acha que tem de positivo e de negativo na realização dos grupos?
8. Sabe me dizer se sua mãe a amamentou? E por quanto tempo, somente no peito?
9. A senhora precisou tomar alguma medicação que impedisse o aleitamento materno?
10. Como era/ é sua rotina enquanto amamenta (va)?
11. Como era/ é amamentar? O que a senhora sentia/ sente ao amamentar?
12. Quando a senhora amamenta (va) no peito, acha que a criança fica (va) satisfeita? Por que?
13. O que a senhora acha do leite que a senhora produz (ia)?
14. Como a senhora acha que seu filho fica/ ficava após ser amamentado no peito?
15. Qual foi o primeiro alimento que a senhora ofereceu ao seu filho além de seu leite?
16. Qual foi o principal motivo que levou a senhora a introduzir outros alimentos na alimentação do seu filho, além do seu leite?

17. O que a senhora acha importante para uma mulher conseguir amamentar?

Se a criança toma mamadeira:

1. A senhora acha que a criança gostou da mudança da amamentação no peito para a mamadeira?
2. A alimentação da criança com o uso da mamadeira interferiu em sua rotina diária?
 - a. **Se sim**, de que forma?
3. Acha que com a mamadeira seu filho fica mais satisfeito?

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A senhora está sendo convidada a participar do trabalho: A AMAMENTAÇÃO SOB O OLHAR DE MÃES FREQUENTADORAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE SANTOS.

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa detectar os fatores associados ao desmame precoce em mães frequentadoras da saúde pública do município de Santos SP.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá e será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A senhora irá preencher um questionário com informações sobre características demográficas, situação do parto, estrutura familiar e consumo alimentar da criança.

Caso a senhora tenha deixado de amamentar exclusivamente seu filho antes dos 6 meses de idade, será feita uma entrevista para detectar os principais motivos pelo qual houve esta decisão. Quando permitido, a entrevista será gravada.

Informamos que a senhora pode se recusar a participar de qualquer procedimento, bem como não responder qualquer questão que lhe traga constrangimento. Há a possibilidade também de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração, porém este estudo trará maior conhecimento sobre as questões relacionadas ao aleitamento materno. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. As avaliações propostas não oferecem nenhum risco para a senhora.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos neste estudo (nexo causal comprovado), você terá direito a tratamento médico na sua unidade de saúde de referência, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados ficarão sob a guarda do pesquisador e serão utilizados somente para esta pesquisa.

Se houver qualquer dúvida em relação à pesquisa, favor telefonar (13 32015636) para Daniela Emmerich de Barros Araújo, que pode ser encontrada no endereço: Rua XV de novembro, 195 5º andar, no horário comercial (de segunda a sexta feira, das 8h às 17h). Se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162. E-mail: cepunifesp@unifesp.br.

“Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Fatores relacionados ao desmame precoce no município de Santos”. Eu discuti com a Dr^a Daniela E de B Araújo sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento, quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.”

Assinatura do paciente/ testemunha

Data: / /

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: / /

APÊNDICE D- Produto final: projeto de intervenção

**Proposta de ações para promover o
aleitamento materno e apoiar as mulheres
que amamentam no município de Santos**

Daniela Emmerich de Barros Araújo

Santos
2014

A partir do estudo “A amamentação sob o olhar de mães frequentadoras da atenção primária do município de Santos”, elaborou-se proposta com ações para apoio e promoção do aleitamento materno, em especial o exclusivo até os seis meses, que visam preencher as lacunas identificadas.

Baseado nos resultados obtidos, pensou-se na influência que a rede social da nutriz exerce, evidenciando o papel dos profissionais de saúde neste processo, que podem ser o laço entre os diferentes pontos da rede social do binômio mãe-filho.

PÚBLICO-ALVO

A- AÇÕES COM FOCO NA GESTÃO E EQUIPES DE SAÚDE (Estratégias a curto prazo)

Consideram-se estas ações a de maior relevância para a promoção do cuidado e incentivo à manutenção do aleitamento materno. É fundamental a participação da equipe gestora municipal para que estas possam ser colocadas em prática; evidenciando a importância de seu envolvimento.

O primeiro passo para a implantação deste projeto deve ser a realização de uma reunião com as equipes gestoras (Coordenadoria da Saúde da Mulher- COS MULHER, Coordenadoria da Saúde da Criança- COS CRIANÇA, Chefia do Departamento de Atenção Básica- DEAB e Chefia da Seção de Apoio Técnico à Saúde da Comunidade- SEATESC), para apresentação dos resultados da dissertação e a entrega do relatório (ANEXO 1).

B- AÇÕES COM FOCO NA COMUNIDADE (Estratégias a médio e longo prazos)

ANEXO 1- Relatório para a Equipe Gestora Municipal de Santos-: (Coordenadoria da Saúde da Mulher- COS MULHER, Coordenadoria da Saúde da Criança- COS CRIANÇA, Chefia do Departamento de Atenção Básica- DEAB e Chefia da Seção de Apoio Técnico à Saúde da Comunidade- SEATESC)

Apresentação

O ato de amamentar vai além dos aspectos fisiológicos relacionados à nutrição. Embora os benefícios do aleitamento materno exclusivo (AME) à saúde do binômio mãe-filho sejam bem conhecidos e por isso recomendado nos primeiros seis meses de vida da criança, observa-se que muitos fatores influenciam para que essa meta seja alcançada. Mesmo com políticas públicas e leis que apoiam, protegem e incentivam o AME, percebe-se que não são suficientes, uma vez que se trata de processo permeado por valores, crenças, vontades, satisfações, frustrações, dentre outros sentimentos. O principal objetivo do estudo “A amamentação sob o olhar de mães frequentadoras da atenção primária do município de Santos” foi compreender o processo da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em 24 mulheres frequentadoras de seis unidades de saúde as quais a pesquisadora exercia seu papel enquanto nutricionista.

Para comparação e melhor compreensão das variáveis de interesse, a população de estudo foi dividida em dois grupos: um pertencia a doze mulheres que mantiveram o AME por seis meses, enquanto o outro era composto por doze mães que interromperam precocemente o AME.

Como conclusão do estudo, o olhar para as questões relacionadas ao aleitamento materno deve ir além das dimensões biológicas e técnicas e considerar também a dimensão cultural e social, que tanto influencia este processo, em particular a rede de apoio familiar e da equipe de saúde, que deve estar integrada ao processo.

Neste documento parte-se do conhecimento sobre as vantagens proporcionadas pelo aleitamento materno exclusivo até os seis meses, que, conjuntamente com a realização de um pré-natal bem feito, torna-se um dos caminhos para a redução da taxa de mortalidade infantil. Somando-se aos resultados identificados no estudo “A amamentação sob o olhar de mães frequentadoras da atenção primária do município de Santos”, apresenta-se uma proposta com estratégias a fim de promover o sucesso do aleitamento materno.

Contextualização da proposta

A partir dos fatores acima indicados, evidencia-se que o suporte ativo às mães para conseguirem manter o aleitamento materno é primordial, principalmente nas duas primeiras semanas pós-parto, haja vista que as principais dificuldades e intercorrências ocorrem nas primeiras semanas após o nascimento do bebê, ou seja, no início do aleitamento materno.

Dentre os vários atores envolvidos no sucesso do aleitamento materno e sua manutenção, o hospital tem importante papel. É fundamental que as maternidades santistas também se responsabilizem para este sucesso. As principais medidas que devem ser garantidas nesses espaços são:

- Reduzir o número de partos cirúrgicos realizados;
- Garantir que o bebê se mantenha em contato pele a pele com a mãe logo após o nascimento;
- Incentivar a prática do alojamento conjunto, uma vez que torna a amamentação mais fisiológica e natural, além de aumentar os laços afetivos entre mãe e bebê (BRASIL, 1993).
- Incentivar o aleitamento materno por meio de orientação cuidadosa e detalhada.

Todas estas iniciativas devem ser estimuladas e praticadas principalmente pelas duas maternidades santistas que possuem a titulação “Amigo da Criança”, uma vez que a estes hospitais cabe mobilizar os funcionários para que mudem condutas e rotinas, objetivando a redução dos índices de desmame precoce (BRASIL, 2008).

Os resultados identificaram que as mulheres conhecem os benefícios e as vantagens do leite materno e que, mesmo com esse conhecimento, não conseguem manter o aleitamento materno exclusivo por seis meses. Isso ocorre diante das muitas dificuldades que se sobrepõe ao saber e à falta de suporte ativo. A hipótese do presente estudo foi confirmada: quando existe apoio oriundo de sua rede, a puérpera consegue manter por mais tempo o aleitamento materno, em especial o exclusivo, até os seis meses. Neste contexto, evidencia-se

o papel dos profissionais de saúde, quem deveriam ser o elo para o suporte ativo, o qual a mulher tanto necessita.

Assim, propõe-se o desenvolvimento de ação visando apoio às possíveis dificuldades encontradas por elas durante a amamentação, principalmente nos primeiros dias após alta hospitalar, período crítico para a ocorrência de dificuldades e traumas mamilares e momento em que se deparam sem a ajuda de nenhum profissional da saúde.

É importante que as maternidades santistas também se responsabilizem com o sucesso do aleitamento materno, ensinando e incentivando as mães a amamentarem na primeira meia hora de vida do bebê, mantendo o bebê em contato pele a pele com a mãe logo após o nascimento, favorecendo o alojamento conjunto, reduzindo o número de prescrições de fórmulas infantis e por fim, diminuindo o número de partos cirúrgicos realizados. Todas estas iniciativas caminham juntas para o sucesso do aleitamento, e devem ser estimuladas e praticadas, principalmente pelas duas maternidades santistas que possuem a titulação “Amigo da Criança”.

Estratégias a curto prazo

Implantação de visitas domiciliares no pós-parto

Pensando nesse suporte, sugere-se uma medida a ser tomada como parte da ação de incentivo ao aleitamento materno, que é o apoio por meio de visitas domiciliares (VD).

O período após o nascimento do bebê é marcado por profundas modificações na vida da mulher e de sua família, neste sentido justifica-se o acompanhamento mais próximo da equipe de saúde para que a demanda e a sobrecarga que a mulher vivencia neste momento não sejam impedimentos para o sucesso do aleitamento materno. Para maior efetividade recomenda-se que as visitas domiciliares sejam realizadas por equipe especializada, e que aconteçam logo após a alta da criança e continue regularmente, a fim de acolher, apoiar e orientar a mulher em sua fase mais crítica do puerpério.

Pensou-se em equipes de referência para a linha de cuidado materno-infantil, compostas por agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, ginecologista e pediatra (ou médico da família no caso das Unidades de Saúde da Família- USF) em cada unidade de saúde (aqui denominada de mini-equipe), para que como parte da rotina de trabalho, possam realizar estas visitas, após capacitação realizada

pelos profissionais-referência do Programa “Mãe Santista”. As visitas objetivam o suporte ativo para a mulher e para a família, voltado às questões práticas, como a pega correta do bebê, massagem das mamas, ordenha, doação do leite materno, entre outras, sendo individualizadas para cada situação. Sendo assim, é necessária a ampliação e reorganização do quadro profissional das unidades de saúde para a realização destas visitas.

Assim que a mulher chegar à sua residência após alta hospitalar, o agente comunitário de saúde (ACS) responsável pelo seu acompanhamento comunicará a mini-equipe e esta, em reunião, decidirá quem se responsabilizará por realizar as VDs. Para isso, será necessária a realização periódica (semanalmente) de reuniões desta mini-equipe, para que, juntamente com o assistente social e o psicólogo (pertencentes à Seção de Apoio Técnico à Saúde da Comunidade - SEATESC) referências daquela unidade, possam discutir os possíveis casos e fatores envolvidos. O profissional-referência deverá realizar a visita rotineiramente em horário pré-estabelecido conjuntamente com a puérpera e observar se há algum tipo de dificuldade apresentada durante o processo da amamentação. Este estará apto a solucionar prontamente seus problemas e dificuldades, a fim de que não torne a situação propícia à interrupção do aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses. Trata-se de uma ação com um período relativamente curto com cada dupla mãe-bebê, até que esta se sinta segura em manter o aleitamento sozinha e dar continuidade do acompanhamento na sua unidade de saúde.

Estas VDs devem ocorrer rotineiramente, iniciando-se no máximo até o quinto dia após a chegada da mulher em sua casa e serem regulares, de acordo com a necessidade individual de cada uma. O que se observa é a presença de dificuldades principalmente durante as duas primeiras semanas de vida do bebê, período em que a mulher está se adaptando à nova rotina, e que podem ocorrer traumas mamilares, ingurgitamento, mastite entre outros.

Ressalta-se novamente a importância do aumento do quadro técnico vigente; hoje, o que muitos gestores de unidades primárias de saúde referem é justamente a falta de recursos humanos para a realização destas visitas periódicas. É necessário também um olhar atento à qualidade destas, deixando de ser meramente passiva para tornar-se ativa em relação às dificuldades encontradas pela nutriz.

Atualmente (outubro/2014), existe somente um nutricionista lotado na SEATESC. Este oferece apoio técnico ao Departamento de Atenção Básica- DEAB, atuando em seis unidades de saúde, e se responsabilizando pelos diferentes programas dentro da atenção primária. Pensou-se, *a priori*, no deslocamento deste profissional da atenção primária para compor a equipe “Mãe Santista”, para que, além de capacitar e participar de reuniões com as mini-equipes, realize as VDs conjuntamente com o profissional-referência do caso. Desta forma a abrangência de sua atuação seria maior e específica para esta atividade, garantindo a qualidade da atenção a este grupo.

Para que a mãe consiga manter o aleitamento materno, principalmente o exclusivo, também há necessidade de ajuda de outras pessoas (sua rede social). Porém, existem aquelas que se encontram sozinhas, não possuem ninguém que possa ajudá-las com os cuidados da casa, de outros filhos e até mesmo do bebê. O “Projeto Quatro Folhas”, implantado em Sobral – CE tem justamente este propósito: garantir à mulher sem apoio familiar condições para exercer a maternidade. Este apoio é oferecido pela “mãe social”, uma pessoa da comunidade, selecionada, capacitada, e remunerada, que tem a função de atuar junto à gestante e nutriz sem apoio familiar, com risco social e clínico. Após a implantação do programa, aumentou a incidência de crianças amamentadas e diminuiu o número de óbitos infantis, reduzindo a taxa de mortalidade infantil da cidade (SOUSA *et al*, 2012). Assim, a mulher poderá dedicar-se por mais tempo ao bebê e a todos os cuidados que ele exige. Seria uma proposta interessante a ser implantada na cidade de Santos. Para a inclusão neste Programa, as nutrizes deverão passar por avaliação psicossocial com os profissionais da SEATESC (assistente social e psicólogo) referentes àquela unidade de saúde a qual a mulher é pertencente.

Ações de educação permanente

A Educação Permanente em Saúde é realizada a partir de vivências e reflexões sobre o processo de aprendizagem, levando em consideração os conhecimentos prévios da(s) pessoa(s). Baseia-se, portanto, em um processo significativo para os envolvidos e envolve a aprendizagem ativa a partir dos problemas que são vivenciados no cotidiano e para os quais os conteúdos devem ser motivadores e contribuir para a solução (BRASIL, 2005).

A proposta é que, primeiramente, a equipe do Programa “Mãe Santista” seja envolvida em um processo de Educação Permanente, voltado para o aconselhamento prático

em amamentação, em parceria com a equipe técnica pertencente ao Banco de Leite do Hospital Guilherme Álvaro, devido à expertise nesta área, para que possa ser multiplicadora das informações adquiridas.

Espera-se com a execução da Educação Permanente que haja sensibilização destes profissionais e que estejam capacitados a levar as informações às mini-equipes das unidades de saúde, decidindo conjuntamente de que maneira estas podem adotar estratégias individualizadas que efetivamente contribuam para que as mulheres consigam ultrapassar as dificuldades vivenciadas durante o processo da amamentação.

Estratégias a médio e longo prazos

Ações de sensibilização

Além destas estratégias de apoio efetivo, outras podem ser pensadas, com o intuito de sensibilizar a comunidade para o incentivo e o apoio para com as nutrizes.

No Brasil, o Ministério da Saúde coordena a Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM) desde 1999, que acontece durante a primeira semana de agosto (de 1 a 7). Na proposta AGOSTO DOURADO, pretende-se ampliar a ideia e estender as ações de sensibilização e educação sobre o aleitamento materno durante todo o mês de agosto.

A escolha do nome visa relacionar a cor dourada ao ouro, considerado um metal valioso, assim como é o aleitamento materno.

a. Identificação do mês e reforço do símbolo do projeto: Os funcionários das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF) e maternidades santistas usarão em sua roupa/jaleco/uniforme um laço dourado, marcando a comemoração do AGOSTO DOURADO, com o objetivo de reforçar a mensagem da campanha à população santista.

b. Atividades de sensibilização:

b.1. Sentimentos e Percepções: Com o objetivo de trabalhar as questões emocionais envolvidas no aleitamento materno, em cada UBS e USF serão afixados à entrada (mural das unidades), dois discos de papel pardo com cerca de 1,5 m de diâmetro, em tons diferentes (claro e escuro), representando duas mamas, juntamente com canetas esferográficas e a seguinte frase: “ESCREVA AQUI O SEU SENTIMENTO ENQUANTO

AMAMENTA OU AMAMENTAVA”. Esta é uma estratégia lúdica, por meio da qual, as percepções (positivas ou negativas) das mulheres em relação à amamentação podem ser reconhecidas e levadas para discussão durante as reuniões das mini-equipes das unidades de saúde, dando continuidade ao processo de educação permanente.

b.2. Peito vs. “Outros”: Com o intuito de sensibilizar para a desvantagem do uso de bicos artificiais durante o processo de amamentação, em todas as lixeiras das unidades serão coladas fotos com dizeres/ frases sobre o tema. Os funcionários serão convidados a sugerir frases.

b.3. “Hora do Mamaço”: Outro evento que já acontece em Santos e em outros lugares do país durante a Semana Mundial de Aleitamento Materno é a “Hora do Mamaço”. Esta é uma ação que reúne várias mães que amamentam em um determinado local público (em Santos, no Emissário Submarino)⁶ os seus bebês, promovendo a amamentação e valorizando os seus benefícios, além de quebrar o preconceito e a vergonha que ainda existe em relação à mulher que amamenta em local público. Porém, este evento parte de iniciativas privadas e não tem ajuda do poder público, ficando responsáveis por sua realização pessoas físicas que apóiam e defendem a amamentação. A inclusão da Prefeitura Municipal de Santos neste evento seria importante, desde a divulgação até a confecção de material educativo, fornecimento de lanche e água para as mães participantes, disponibilização de espaço para tira-dúvidas com profissionais da rede municipal e infraestrutura adequada.

Resultados Esperados e Considerações

Pretende-se com todas estas ações, primeiramente sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde a atuarem ativamente nas dificuldades encontradas pela nutriz enquanto amamenta (ou deseja amamentar). Para que sejam viáveis, é importante a garantia do espaço para discussão de casos nas unidades de saúde, além do aumento do quadro técnico de funcionários.

Ainda, a proposta objetiva garantir todo o suporte necessário para que a mãe consiga ter tempo para se dedicar aos cuidados do bebê, além de despertar na comunidade/população o interesse sobre os benefícios que a amamentação traz à saúde da criança, da mulher e de toda a sociedade.

⁶ Hora do Mamaço 2014: <http://g1.globo.com/sp/santos-regiao/jornal-tribuna-2edicao/videos/t/edicoes/v/hora-do-mamaco-reune-mais-de-150-maes-em-santos-sp/3539043/>

Hoje, ainda vemos que a indústria, com seu poder de persuasão, alcança elevada venda de fórmulas lácteas e bicos artificiais. Apesar de algumas ações que dificultam esta comercialização, ainda é grande o número de crianças que não se beneficiam somente da amamentação natural até os seis meses. No Brasil, há uma legislação específica para a proteção do aleitamento materno: a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), e tem como finalidade assegurar que o uso de leite, papa infantil, chupetas e mamadeira não interfira negativamente na amamentação (BRASIL, 2001).

Sendo assim, torna-se necessário o envolvimento de todos que acreditam na importância do aleitamento materno, realizando ações específicas pontuais e contínuas, a curto, médio e longo prazo, para que mudanças possam acontecer, e atingir a inversão deste quadro.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993, estabelece que os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a manter o alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 167, 01 set., 1993. Seção 1.

BRASIL. Portaria nº 2.051, de 8 de novembro de 2001, estabelece os novos critérios da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 215, 09 nov., 2001. Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem**, 2005. 62p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 78p.

_____ Prefeitura faz hoje lançamento do Programa Mãe Santista. *Diário Oficial de Santos*, Santos, p.5, 10 maio 2013.

SOUSA, F.J.S.; SUCUPIRA, A.C.S.L.; AGUIAR, I. S.M.; MESQUITA, V.A.L.; SALES, E. N. B.G. Programa Trevo de Quatro Folhas: uma ação efetiva para a redução da mortalidade infantil em Sobral- Ceará. **Sanare**, v. 11, n. 1, p. 60-65, 2012.