

EMANUELE SOUZA MARQUES

**ALEITAMENTO MATERNO: (RE)PENSANDO A IMPORTÂNCIA
DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E DA REDE SOCIAL NO
CONTEXTO LOCAL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título *Magister Scientiae*

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2008

EMANUELE SOUZA MARQUES

**ALEITAMENTO MATERNO: (RE)PENSANDO A IMPORTÂNCIA
DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E DA REDE SOCIAL NO
CONTEXTO LOCAL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título *Magister Scientiae*

APROVADA: 11 de setembro de 2008

Prof. Sylvia do Carmo Castro Franceschini
(Co-orientadora)

Prof. Raquel Maria Amaral Araújo

Prof. Luciana Ferreira da Rocha Sant'Ana

Prof. Silvia Nascimento de Freitas

Prof. Rosângela Minardi Mitre Cotta
(Orientadora)

*Dedico este estudo aos meus queridos pais, **Zélia e Manoel**, que sempre me incentivaram a subir um degrau de cada vez e nunca achar que ali é o bastante, sempre há algo a aprender, algo a conquistar. Obrigada por valorizar o estudo e por priorizar a educação dos seus filhos – “**herança que ninguém vai poder nos tirar**”.*

Os estudos aqui desenvolvidos foram financiados pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG – Processo n^o. CDS APQ-1536-5.01/07.

AGRADECIMENTOS

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”.

Fernando Pessoa

Agradeço à **Deus** por ter iluminado o meu caminho e me dado força para nunca desistir, mas sempre continuar seguindo em frente.

À **minha família** – meu ALICERCE, meu PORTO SEGURO – pelo incentivo, apoio, carinho, amor em todos os momentos da minha vida. Em especial, agradeço aos meus queridos e amados irmãos, **Willian e Welington**.

Ao amor da minha vida, **Pedro**, obrigada pelo incentivo, companheirismo, amor e, principalmente, por ter me ouvido e me apoiado em todos os momentos, se fazendo presente mesmo de longe. Obrigada por fazer meus dias melhores e mais alegres!

À Prof^a. **Rosângela Minardi Mitre Cotta**, por *não ter me dado o peixe, mas por ter me ensinado a pescar* – por ter me conduzido durante esta longa caminhada e me resgatado nas vezes que perdi o foco. Obrigada por ter me ensinado o real sentido das palavras: IMERSÃO, ALTERIDADE, VÍNCULO e REDE SOCIAL.

Às minhas conselheiras, Prof^a. **Maria Izabel Vieira Botelho** e Prof^a. **Sylvia do Carmo Castro Franceschini**, pela atenção, carinho, clareza de idéias e pelas boas contribuições durante todo o estudo.

Às Prof^a. **Luciana Ferreira da Rocha Sant'Ana** e Prof^a. **Raquel Maria Amaral Araújo**, que quando solicitadas para fazer sugestões e correções no texto, prontamente se puseram à disposição. Obrigada pelo carinho, incentivo e apoio.

À **Universidade Federal de Viçosa** e ao **Departamento de Nutrição e Saúde** que contribuíram não só para minha formação profissional, mas também como cidadã e, principalmente, como SER HUMANO!

Às minhas amigas, **Kelly e Társis**, que estiveram junto comigo durante todo o meu mestrado, seja me apoiando, me ouvindo ou *“lendo com carinho”* os meus artigos. Obrigada pelas sugestões e acima de tudo pela amizade.

Ao **Túlio** e à **Catarina** pelo incentivo, apoio e, principalmente, pela amizade construída no decorrer deste mestrado.

Aos **colegas do mestrado**, pelas conversas e pelos momentos de descontração.

À **Lílian**, estudante de iniciação científica, pela dedicação, apoio e pelos ótimos papos durante as longas caminhadas de domingo na fase de coleta de dados.

Aos profissionais do Programa de Saúde da Família de Cajuri, em especial, a **Daniela** (Secretária Municipal de Saúde), aos enfermeiros (**Evaldo e Regina**), às **Agentes Comunitárias de Saúde** e às **mães** entrevistadas que me receberam com muito carinho durante o estudo piloto. Obrigada por terem feito meus dias repletos de boas histórias!

Aos **profissionais do Programa de Saúde da Família de Coimbra** pelo apoio, acolhimento e por terem confiado na seriedade do meu trabalho.

Aos usuários do Programa de Saúde da Família do município de Coimbra que participaram deste estudo, em particular às **mães**, os **pais** e às **avós** que abriram as portas de suas casas e de seus corações, relatando suas dúvidas, medos, anseios e alegrias vividas durante a amamentação.

À **CAPES** e à **FAPEMIG** pelo apoio e financiamento.

“Só existem dois dias no ano que nada pode ser feito. Um se chama ontem e o outro se chama amanhã, portanto hoje é o dia certo para amar, acreditar, fazer e principalmente viver”.

Dalai Lama

ÍNDICE

RESUMO	VIII
ABSTRACT	X
INTRODUÇÃO GERAL	1
OBJETIVOS	6
<i>OBJETIVO GERAL</i>	<i>6</i>
<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	<i>6</i>
SUJEITOS E MÉTODOS	7
<i>ÁREA DE ESTUDO</i>	<i>7</i>
<i>DESENHO DO ESTUDO</i>	<i>9</i>
<i>SUJEITOS</i>	<i>9</i>
<i>COLETA E ANÁLISE DE DADOS</i>	<i>10</i>
<i>ESTUDO PILOTO</i>	<i>15</i>
<i>ASPECTOS ÉTICOS</i>	<i>15</i>
<i>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</i>	<i>15</i>
ESTUDOS BIBLIOGRÁFICOS	18
<i>MITOS E CRENÇAS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO</i>	<i>18</i>
<i>RESUMO</i>	<i>18</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>19</i>
<i>INTRODUÇÃO</i>	<i>20</i>
<i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i>	<i>28</i>
<i>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</i>	<i>29</i>
<i>A INFLUÊNCIA DA REDE SOCIAL DA NUTRIZ NO ALEITAMENTO MATERNO: O PAPEL ESTRATÉGICO DOS FAMILIARES E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</i>	<i>33</i>
<i>RESUMO</i>	<i>33</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>34</i>
<i>INTRODUÇÃO</i>	<i>35</i>
<i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i>	<i>46</i>
<i>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</i>	<i>47</i>
<i>ENTRE O SENSO COMUM E A CIÊNCIA – ALGUMAS INCURSÕES SOBRE O USO DE CHUPETAS E MAMADEIRAS</i>	<i>51</i>
<i>RESUMO</i>	<i>51</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>52</i>
<i>INTRODUÇÃO</i>	<i>53</i>
<i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i>	<i>63</i>
<i>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</i>	<i>64</i>

ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO	68
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO E O USO DE CHUPETAS DE MULHERES-MÃES QUE AMAMENTAM.....	68
RESUMO	68
ABSTRACT	69
INTRODUÇÃO.....	70
METODOLOGIA.....	70
RESULTADOS E DISCUSSÃO	72
CONCLUSÃO.....	82
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	83
REDE SOCIAL: DESVENDANDO A TEIA DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS DA NUTRIZ.....	86
RESUMO	86
ABSTRACT	87
INTRODUÇÃO.....	88
METODOLOGIA.....	89
RESULTADOS E DISCUSSÃO	91
CONCLUSÃO.....	103
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	103
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE NUTRIZES SOBRE O HÁBITO ALIMENTAR.....	106
RESUMO	106
ABSTRACT	107
INTRODUÇÃO.....	108
METODOLOGIA.....	109
RESULTADOS E DISCUSSÃO	110
CONCLUSÃO.....	117
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	118
NOVOS OLHARES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO: UMA ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE NUTRIZES	120
RESUMO	120
ABSTRACT	121
INTRODUÇÃO.....	122
METODOLOGIA.....	123
RESULTADOS E DISCUSSÃO	124
CONCLUSÃO.....	133
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	134
PRÁTICAS E PERCEPÇÕES ACERCA DO ALEITAMENTO MATERNO: CONSENSOS E DISSENSOS NO COTIDIANO DE CUIDADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	138
RESUMO	138
ABSTRACT	139
INTRODUÇÃO.....	140
METODOLOGIA.....	141
RESULTADOS E DISCUSSÃO	143
CONCLUSÃO.....	152
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	152
CONCLUSÕES GERAIS.....	155

RESUMO

MARQUES, Emanuele Souza, M.Sc. Universidade Federal de Viçosa, Setembro de 2008. **Aleitamento materno: (re)pensando a importância das representações sociais e da rede social no contexto local.** Orientador: Rosângela Minardi Mitre Cotta. Co-orientadores: Sylvia do Carmo Castro Franceschini e Maria Izabel Vieira Botelho.

Muitos são os fatores que interferem na decisão da mulher-mãe durante o aleitamento materno, tais como: o contexto histórico, social e cultural (crenças e mitos) em que as nutrizes vivem; a influência de terceiros no cotidiano materno durante a amamentação; a atuação dos serviços de saúde local; dentre outros. Neste sentido, este estudo teve como objetivo: analisar a influência das representações sociais na prática do aleitamento materno sob a óptica da rede social (mãe, pai, avós e profissionais de saúde) no município de Coimbra, MG. Para a condução deste estudo, optou-se, primordialmente, pelo referencial teórico metodológico da pesquisa qualitativa. A pesquisa de campo foi realizada durante o período de outubro a dezembro de 2007. A coleta dos dados se deu em duas etapas: (1) Por meio de entrevistas semi-estruturadas individualizadas, realizadas no local de trabalho ou no domicílio dos entrevistados, e (2) Grupo focal com os profissionais da atenção primária de saúde do município. Participaram da pesquisa 58 mães (31,72%), 27 pais (14,76%), 31 avós (16,95%) de crianças menores de dois anos de idade e 17 dos profissionais da atenção primária de saúde (77,29%). Como referencial teórico, utilizou-se a Teoria das Representações Sociais descrita por Moscovici (2003) e Minayo (2006), e a Teoria de Rede Social descrita por Sanicola (1995). O *corpus* de análise dos dados qualitativos foi analisado por meio do método de Análise de Conteúdo de Bardin (1977). A análise compreensiva da rede social da nutriz revelou que esta foi composta por familiares, pessoas que viviam próximas à mulher-mãe, pai da criança e profissionais de saúde, sendo que estes indivíduos estabeleceram, com a nutriz, vínculos positivos ou negativos. A maioria das mães relatou ter recebido o apoio/suporte durante a amamentação, sendo que este apoio foi expresso de várias formas: (1) auxílio nas atividades domésticas; (2) ajuda nos cuidados com o bebê; (3) estímulo ao aleitamento; e (4) orientações e conselhos. No tocante à alimentação da nutriz, os discursos demonstram que, segundo as mães coimbrenses, a mulher necessita de uma alimentação especial durante o puerpério, sendo esta composta de alimentos considerados saudáveis, fortes, lactogênicos, além da ingestão de líquido. Ainda, analisando de forma temática os relatos das mães entrevistadas, extraiu-se seis categorias: “Amamentar é dar o melhor para o bebê”, “O leite materno não mata a sede do bebê”, “Crenças sobre o consumo de chá”, “A chupeta

é uma ajuda para a mãe”, “Crenças sobre o uso de mamadeiras” e “A mulher-mãe se sente culpada por não amamentar o seu filho”. Observa-se que estas representações podem influenciar de forma positiva ou negativa a decisão de amamentar. Entretanto, apesar do discurso materno ter apresentado alegações ambíguas, observou-se que o conhecimento do *sensu comum* sobre a amamentação das mães entrevistadas enfocou, na sua grande maioria, aspectos sócio-culturais. Quanto ao olhar dos profissionais de saúde em relação ao aleitamento materno, verificou-se que o ato de amamentar foi visto como uma obrigação da mulher. Pela análise dos depoimentos dos profissionais, observa-se que as orientações repassadas às usuárias do PSF, se baseiam mais na vivência e observação (da maternidade e da amamentação) advindas do *sensu comum* do que no conhecimento científico, o que aponta para a necessidade de capacitação em aleitamento. Analisando-se as queixas das mulheres no pós-parto e as orientações fornecidas nesta fase de vida da mulher-mãe, segundo os profissionais entrevistados, observou-se que apesar do profissional de saúde conhecer e relatar as queixas, dúvidas e anseios da mulher-mãe, os resultados evidenciam um descompasso entre o conhecimento relatado pelo profissional e a *práxis* cotidiana do serviço de saúde. Uma vez que suas orientações não contemplavam as reais necessidades deste grupo populacional. Dentro desta perspectiva, fazem-se necessárias mudanças nas práticas de saúde no que tange à proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Nesse sentido, o estudo aqui desenvolvido, pode servir de subsídio para a formulação de novas políticas públicas que considerem a influência da rede social na prática do aleitamento materno, de maneira a envolver e incluir todos os membros da rede social da nutriz, já que estes contribuem para o sucesso ou insucesso desta importante prática. Além disso, ressalta-se a importância das políticas de educação permanente e continuada, bem como o papel das instituições de ensino como elementos-chaves na capacitação em amamentação, de maneira a formar profissionais com competências para responder às demandas sociais, tomando decisões a favor do aleitamento dentro do cotidiano das Unidades de Saúde da Família. A ampliação do olhar dos profissionais de saúde sobre a experiência da amamentação, tanto pelo conhecimento das representações construídas pela população de referência em seu território de atuação, como também pela compreensão do modo como estas são produzidas, atualizadas ou transformadas, seguramente contribuirá para o planejamento das ações de saúde local.

ABSTRACT

MARQUES, Emanuele Souza, M.Sc. Federal University of Viçosa, September, 2008. **Breastfeeding: (re)thinking about the importance of social representations and social network in the local context.** Adviser: Rosângela Minardi Mitre Cotta. Co-Advisers: Sylvia do Carmo Castro Franceschini and Maria Izabel Vieira Botelho.

There are many factors that interfere in the decision of woman-mother during breastfeeding, such as: the historical context, social and cultural (beliefs and myths) in which nursing mothers live, the influence of others in the daily lives of nursing mother during breastfeeding, performance of local health services, among others. In this sense, this study aimed to: examine the influence of social representations in the practice of breastfeeding from the perspective of social network (mother, father, grandparents and health professionals) in the city of Coimbra, MG. To conduct this study, chose to, primarily, by theoretical reference methodology of qualitative research. The search was carried out from October to December 2007. Data collection was given in two steps: (1) By means of individualized semi-structured interviews conducted in the workplace or in the homes of interviewees, and (2) Group focal with the primary health care professionals working in the township. Part of the search 58 mothers (31.72%), 27 parents (14.76%), 31 grandparents (16.95%) of children under two years of age and 17 primary health professionals (77.29%). As theoretical reference, used to the Theory of Social Representations described by Moscovici (2003) and Minayo (2006), and the Theory of Social Network described by Sanicola (1995). The analysis of qualitative data was analyzed using the method of Analysis of Contents of Bardin (1977). The comprehensive analysis of the social network of nursing mother revealed that this was composed by family members, people who lived near the woman-mother, father of the child and health professionals, and that these individuals have established with the nursing mother, links positive or negative. Most mothers reported having received the help/support while breastfeeding, and this help was expressed in several ways: (1) aid in domestic activities, (2) help us care with the baby, (3) stimulation of lactation; and (4) guidelines and advice. Regarding nursing mother's diet, the speeches show that, according to *coimbrenses* mothers, women need a special diet during the puerperium, which is composed of foods considered healthy, strong, *lactogênicos*, in addition to the intake of liquid. Still, analyzing the reports on a theme of the mothers interviewed, was able to extract six categories: "Breastfeeding is to provide the best for the baby," "The milk will not kill the headquarters of the baby", "Beliefs about the consumption of tea",

"The pacifier is an aid to the mother", "Beliefs about the use of bottles" and "The woman-mother to feel guilty for not to breastfeed your son". It representations can influence a positive or negative the decision to breastfeed. However, although the speech mother had submitted claims ambiguous, it was observed that knowledge of common sense about breastfeeding, the mothers interviewed focused, the vast majority, of socio-cultural aspects. As for the look of health professionals in relation to breastfeeding, it was found that the act of breastfeeding was seen as an obligation of women. For the analysis of the discourse of professionals, it is observed that the guidelines to give to users of Units of Family Health, its are based more on observation and experience (of motherhood and breastfeeding) stemming from common sense than on scientific knowledge. The speech professional, yet, reference the need for training in lactation. For the analysis the complaints of women in post-partum and guidance provided in these stages of life of the woman-mother, according to the professionals interviewed, it was observed that despite the health professional know and report complaints, doubts and anxieties of woman-mother, the results of this study show a real imbalance between the reported by the professional knowledge and practice daily the health service since its guidelines in this group-population, they do not address the real needs of the health service, because its guidelines do not address the real needs of this population group. Within this perspective, to make necessary changes in health practices with regard to the protection, promotion and support of breastfeeding. In this regard, the study developed here, will provide a subsidy for the formulation of new public politics that influence of social network in the practice of breastfeeding, involving and including all members of the social network of nursing mother, as they contribute to the success or failure of this important custom. Moreover, highlights the importance of politics on standing and continuing education and the role of educational institutions as key elements in training in breastfeeding, so as to train professionals with skills to meet the social demands, taking decisions in favour of breastfeeding within the daily lives of Units of Family Health. Extending the look of health professionals on the experience of breastfeeding, both by knowledge of the representations made by the population of reference in its territory of operation, but also the understanding of how they are produced, processed or updated, certainly contribute to the planning Stock of local health.

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação foi apresentada em forma de artigos, sendo composta de 3 artigos de revisão e de 5 artigos originais, conforme se descreve a seguir:

ESTUDOS BIBLIOGRÁFICOS

Artigos de revisão:

- Mitos e crenças sobre o aleitamento materno.
- A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde.
- Entre o senso comum e a ciência – algumas incursões sobre o uso de chupetas e mamadeiras.

ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

Artigos originais:

- Representações sociais sobre o aleitamento materno e o uso de chupetas de mulheres-mães que amamentam.
- Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz.
- Representações sociais de nutrizas sobre o hábito alimentar.
- Novos olhares sobre o aleitamento materno: uma análise das representações sociais de nutrizas.
- Práticas e percepções acerca do aleitamento materno: consensos e dissensos no cotidiano de cuidado em uma Unidade de Saúde da Família.

INTRODUÇÃO GERAL

É inquestionável a assertiva que o leite materno é o alimento ideal para o lactente devido às suas propriedades nutricionais e imunológicas, permitindo ao recém-nascido um crescimento e desenvolvimento saudáveis (Giugliani, 1994; Euclides, 2000).

No entanto, sabe-se que a amamentação oferece vantagens também à mãe, visto que reduz alguns tipos de fraturas ósseas, cânceres, além de diminuir o risco de morte por artrite reumatóide (Rea, 2004); à família, devido ao seu baixo custo e praticidade (Brasil, 2002; Araújo *et al.*, 2004); e ao Estado, por proporcionar uma redução nos gastos com internações e fórmulas infantis (Brasil, 2002).

Por todos esses aspectos, as ações em prol do aleitamento materno são consideradas prioritárias para a qualidade de vida das crianças (Brasil, 2008a). Mais especificamente, no Brasil, as estratégias que visam à promoção, à proteção e ao apoio a amamentação têm lugar de destaque na agenda de políticas públicas do Ministério da Saúde (MS) via Política Nacional de Aleitamento Materno (Brasil, 2008a).

Ressalta-se que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o MS recomendam o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida da criança (OMS, 1991; 2001; Brasil, 2002). Após este período, o aleitamento materno deve ser realizado juntamente com a alimentação complementar até os dois anos de idade ou mais (OMS, 1991; 2001; Brasil, 2002).

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, que são comparados com as medianas de amamentação da PNDS de 1996, mostram um discreto aumento na duração da mediana de aleitamento materno exclusivo* e de aleitamento total†, passando de 1,0 mês para 2,2 meses e de 7,0 para 9,4 meses, respectivamente (Brasil, 2008b). Entretanto, apesar do crescimento da amamentação exclusiva e total, estes índices mantiveram-se aquém dos padrões recomendados pelos organismos nacionais e internacionais (Brasil, 2008b).

À luz dos conhecimentos científicos, muitos são os fatores que podem levar a mulher-mãe à introdução precoce da alimentação complementar, tais como: o contexto

* **Aleitamento materno exclusivo:** A criança era alimentada apenas com leite humano, diretamente do peito ou ordenhado (Brasil, 2008b).

† **Aleitamento materno total:** A amamentação pode ou não estar sendo complementada. As crianças, neste caso, são alimentadas com leite materno exclusivamente ou com leite materno associado a qualquer tipo de alimento complementar, líquido, semi-sólido ou sólido ou outros leites (Brasil, 2008b).

histórico, social e cultural em que as nutrizes vivem; a inserção da mulher no mercado de trabalho; a atuação dos serviços de saúde local; dentre outros (Forman, 1984).

É importante destacar que, geralmente, a transição alimentar precoce está relacionada com a insegurança materna frente à sua capacidade de alimentar seu filho, a atribuição de responsabilidade à mãe quanto os cuidados com a criança, bem como a influência de terceiros – por meio de orientações, conselhos, pressão exercida sobre a lactante, dentre outros (King, 2001; Brasil, 2002; Ichisato e Shimo, 2002).

Assim sendo, o conhecimento da rede social na qual a nutriz está inserida permite identificar os indivíduos mais influentes e compreender a dinâmica de relações destas pessoas com a mulher-mãe – protagonista do aleitamento materno – permitindo, assim, o estabelecimento de ações de intervenção a favor da amamentação (Sanicola, 1995; Marques *et al.*, 2008).

Segundo Soares (2002) *apud* Souza (2006: 4), rede social é o “conjunto de relações que determinam as características da pessoa, tais como: hábitos, costumes, crenças e valores”.

No tocante às maiores influências na decisão da mulher-mãe em amamentar ou não o seu filho estão as experiências anteriores e seu estado emocional, bem como a família (principalmente o pai e as avós) e os profissionais de saúde, tanto como transmissores de mitos e crenças, quanto como fonte de incentivo/apoio ou desestímulo (Primo e Caetano, 1999; Poli e Zagonel, 1999; Barreira e Machado, 2004; Silva, 2001; Rezende *et al.*, 2002).

Em relação às crenças e aos mitos do aleitamento materno, é importante destacar que vários estudos apontam-os como uma das principais justificativas para a complementação precoce (Arantes, 1995; Gonçalves, 2001; Ramos e Almeida, 2003; Gusman, 2005). Além disso, a introdução precoce de água, chá e/ou outros alimentos na alimentação da criança, bem como a utilização de chupetas e mamadeiras também favorecem a interrupção precoce do aleitamento materno (Sousa, 1997; King, 2001; Gonçalves, 2001; Gusman, 2005).

Assim, destaca-se a importância de se conhecer os aspectos que influenciam, de maneira positiva ou negativa, o processo de amamentação, de modo a identificar e compreender as representações sociais daqueles que vivenciam o aleitamento materno.

Para Moscovici (2003), as representações sociais se referem às idéias e crenças que necessitam ser descritas e explicadas por cientistas sociais. Estão relacionadas com uma maneira específica de compreender e comunicar – cria a realidade e o *senso comum*. Portanto, o estudo das representações sociais permite conhecer a realidade

cotidiana, pois tenta descrever de forma clara o contexto em que o indivíduo está inserido, explicando assim os fenômenos sociais, neste caso a amamentação.

É sob esta perspectiva que a investigação aqui apresentada se propõe analisar a influência das representações sociais na prática do aleitamento materno sob a ótica da rede social (mãe, pai, avós e profissionais de saúde) no município de Coimbra, Minas Gerais.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Arantes CIS. Amamentação – visão das mulheres que amamentam. **J Pediatr** 1995; 71(4):195-202.

Araújo MFM, Del Fiaco A, Pimentel LS, Schmitz BAS. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Rev Bras Saúde Mater Infant** 2004; 4(2):135-141.

Barreira SMC, Machado MFAS. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. **Acta Sci Health Sci** 2004; 26(1):11-20.

Brasil. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política de Aleitamento Materno**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=26350.

Acesso em: 25 ago 2008a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Política de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Euclides MP. **Aleitamento materno**. In: _____. Nutrição do Lactente: Base científica para uma alimentação adequada. 2 ed. Viçosa, 2000. p.259-346.

Forman MR. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. **Pediatrics** 1984, 74(Supl 4): 667-94.

Giugliani ERJ. Amamentação: como e por que promover. **J Pediatr** 1994; 70(3):138-151.

Gonçalves AC. **Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno** [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

Gusman CR. **Os significados da amamentação na perspectiva das mães** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2005.

Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Rev Lat Am Enfermagem** 2002; 10(4):548-585.

King FS. **Como ajudar as mães amamentar**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Marques ES, Cotta RMM, Magalhães KA, Sant'Ana LFR, Gomes AP, Siqueira-Batista R. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. No prelo 2008.

Moscovici S. **Representações sociais: Investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003.

Organização Mundial da Saúde - OMS. Fifty-fourth World Health Assembly. **Resolution WHA54.2** - Infant and young child nutrition. Geneva: OMS, 2001.

Organização Mundial da Saúde - OMS. **Indicators for assessing breastfeeding practices**. Geneva: OMS, 1991.

Poli LMC, Zagonel IPS. Prática do aleitamento materno: a cultura familiar na transferência de conhecimento. **Família, Saúde e Desenvolvimento** 1999; 1(1/2):33-8.

Primo CC, Caetano LC. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. **J Pediatr** 1999; 75(6):449-455.

Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **J Pediatr** 2003; 79(5):385-390.

Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **J Pediatr** 2004; 80(Supl 5): 142-6.

Rezende MA, Sigaud CHS, Veríssimo MDLÓR, Chiesa AM, Bertolozzi MR. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Rev Lat Am Enfermagem** 2002; 10(2): 234-8.

Sanicola L. **L'intervento di rete**. Una innovazione nel lavoro sociale. in Reti sociali e intervento professionale. Napoli: Liguori Editore, 1995.

Silva IA. O profissional re-conhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. **Família, Saúde e Desenvolvimento** 2001; 3(1):7-14.

Sousa AML. A amamentação e a odontologia. [Editorial] **Revista da APCD** 1997; 51(4):387.

Souza MHNS. **A mulher que amamenta e suas relações sociais: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Analisar a influência das representações sociais na prática do aleitamento materno sob a ótica da rede social (mãe, pai, avós e profissionais de saúde) no município de Coimbra, Minas Gerais.

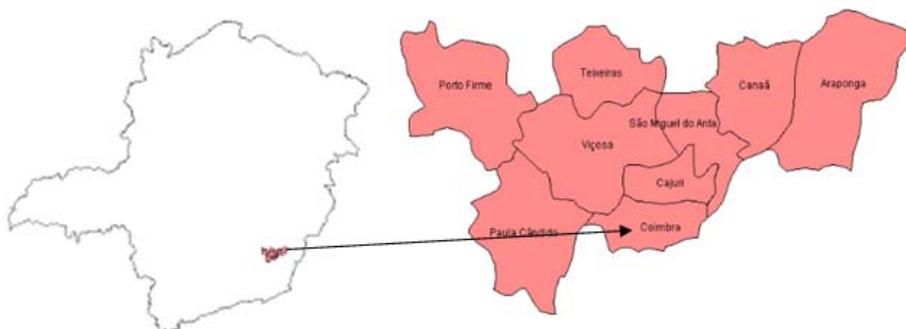
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Delinear o perfil socioeconômico e sanitário de mães com filhos menores de 2 anos residentes em Coimbra, MG;
- Conhecer as representações sociais sobre a amamentação de mães com filhos menores de 2 anos e seus familiares (pai, avó ou parente mais influente);
- Identificar a rede social das nutrizes residentes da zona urbana e zona rural do município estudado;
- Compreender a influência da rede social de mães com filhos menores de 2 anos para a prática da amamentação;
- Avaliar os conhecimentos e a capacitação dos profissionais de saúde que assistem às nutrizes quanto à prática da amamentação;
- Relacionar o tipo de orientação recebida pelas nutrizes sobre o aleitamento materno durante o pós-natal e o conhecimento da mãe sobre o assunto.

SUJEITOS E MÉTODOS

ÁREA DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado no município de Coimbra, localizado na Zona da Mata de Minas Gerais (Figura 1).



Fonte: CIS/MIV, 2008

Figura 1: Localização do Município de Coimbra, Minas Gerais, Brasil.

Coimbra possui área territorial de 107 Km², com população estimada para 2007 de 6.886 habitantes (IBGE, 2008). Geograficamente pertence à mesorregião da Zona da Mata mineira e à microrregião de Viçosa (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Segundo o último censo demográfico realizado em 2000 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008), 53,47% da população residia na zona urbana e 46,53% na zona rural. No período de 1991 a 2000, a população de Coimbra teve uma taxa média de crescimento anual de 2,04% e a taxa de urbanização diminuiu 0,89, passando de 53,95% em 1991 para 53,47% em 2000 (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Analisando a série histórica da evolução de alguns indicadores entre 1991 e 2000, observou-se uma redução na taxa de mortalidade infantil, uma elevação da esperança de vida ao nascer, e uma redução na taxa de fecundidade de 2,9 para 2,3 (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Com relação às condições socioeconômicas, observou-se que a taxa de analfabetismo deste município foi de aproximadamente 4,3% na população com 18 a 24 anos e de 14,1% na população adulta com mais de 25 anos, sendo que na última, a média de anos de estudo foi de 4,7 (PNUD/IPEA/FJP, 2000). Internacionalmente, níveis de analfabetismo acima de 5% são considerados inaceitáveis (RIPSA, 2002). O município possui três escolas do ensino pré-escolar, quatro do ensino fundamental e uma do ensino médio, todas públicas (IBGE, 2008). Quanto ao acesso a serviços básicos, no ano 2000, 95,7% da população possuíam água encanada, 96,5% energia

elétrica e 98,1% (apenas domicílios da zona urbana) dispunha de coleta de lixo (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

A atividade econômica principal no município de acordo com IBGE (2008) é a agropecuária, com predomínio da criação de aves (galos, galinhas frangos e pintos), suínos e bovinos, da pecuária leiteira, produção de ovos e mel de abelha, e os principais produtos cultiváveis são: banana, laranja, tangerina, goiaba, maracujá, tomate, cana-de-açúcar, café, arroz, milho e feijão.

A renda *per capita* média do município cresceu 69,31%, passando de R\$ 105,25 em 1991 para R\$ 178,20 em 2000. A pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 75,50, equivalente à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000) diminuiu 41,49%, passando de 63,2% em 1991 para 37,0% em 2000. Assim como, a desigualdade, medida pelo Coeficiente de Gini, passando 0,56 em 1991 para 0,53 em 2000. (PNUD/IPEA/FJP, 2000). Contudo, observou-se uma distribuição desigual de renda no município no ano 2000, uma vez que os 20% mais pobres detinham 4,4% da renda municipal enquanto os 20% mais ricos acumulavam 56,1% da renda (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Ao analisar a vulnerabilidade familiar verificou-se que 6,6% das mulheres de 15 a 17 anos tinham filhos, 52,7% das crianças encontravam-se em famílias com renda inferior a meio salário mínimo e 4,1% das mães eram chefes da família, não apresentavam cônjuge e seus filhos eram menores de 15 anos (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

No período 1991 a 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Coimbra cresceu 17,76%, passando de 0,642 em 1991 para 0,756 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a longevidade, com 42,4%, seguida pela educação, com 31,9% e pela renda, com 25,7%. Segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8). Em relação aos outros municípios do Brasil, Coimbra apresentou uma situação boa, ocupando a 1692^a posição, sendo que 30,7% municípios estão em situação melhor e 69,3% municípios estão em situação pior ou igual (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Em relação às unidades de saúde existentes no município, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, existe atualmente, um Centro Municipal de Saúde que oferece serviços de vacinação, curativos, farmácia, consultas médicas e de emergência, dentre outros; e uma Unidade do Programa de Saúde da Família (PSF), que conta com duas Equipes de Saúde da Família, sendo que uma atende a zona rural e a outra a zona urbana.

DESENHO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa-qualitativa.

No presente estudo utilizou-se o referencial teórico metodológico da pesquisa quantitativa para complementar o da pesquisa qualitativa – referencial instrumental primordial deste trabalho – devido às características do objeto de investigação e dos objetivos da pesquisa; como forma de captar a realidade dinâmica e complexa em sua realização histórico-social, em conformidade com os pressupostos teóricos que a orientam (Minayo, 1994; Souza *et al.*, 2005).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas individuais realizadas no domicílio ou no local de trabalho dos entrevistados, e de grupo focal realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) com os profissionais de saúde. As entrevistas individuais foram realizadas por um único pesquisador devidamente treinado e o grupo focal contou com a participação de dois pesquisadores: um mediador (facilitador) e um relator-observador. A coleta dos dados ocorreu durante o período de outubro a dezembro de 2007.

SUJEITOS

Com o intuito de facilitar a caracterização dos sujeitos envolvidos no presente estudo, optou-se por distribuir os atores em cinco grupos: A, B, C, D, E.

O grupo A e o grupo B (n=58 e n=27) foi formado, respectivamente, pelas mães e pelos pais de crianças menores de dois anos de idade cadastradas no PSF de Coimbra – representando 31,72% e 14,76% da população de mães e pais do município.

Os indivíduos que compuseram o grupo C (n=31) foram selecionados devido à influência exercida sobre a nutriz, segundo informações dadas pelas mães (grupo A), durante o período de amamentação. Ressalta-se que 96,7% deste grupo constituíram-se de avós de crianças menores de dois anos.

Entre os indivíduos que fizeram parte do grupo D (n=17), estavam: dois médicos, dois enfermeiros, dois técnicos em enfermagem e 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – profissionais do PSF de Coimbra. A amostra somente não atingiu 100% dos profissionais atuantes no PSF em decorrência da não aceitação de um ACS em participar do estudo.

Já o grupo E (n=15) foi composto pelos profissionais da atenção primária de saúde do município, isto é, profissionais que atuavam no Programa de Saúde da Família

ou na Unidade Básica de Saúde, entre eles estavam: um enfermeiro, 12 ACS, um auxiliar de dentista e um nutricionista do município, os quais representavam 68,2% dos profissionais da atenção primária do município.

COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Dentro dos preceitos da pesquisa qualitativa, não se recomenda uma demarcação entre as etapas de coleta e análise dos dados. Além desta característica, a aplicação de cada instrumento de coleta de dados não ocorre de maneira exclusiva durante o processo, assim, as informações coletadas nas entrevistas semi-estruturadas alimentaram o desenvolvimento do grupo focal e, a própria entrevista semi-estruturada possui um traço peculiar de retro-alimentação, que depende naturalmente do investigador, cujo conhecimento da teoria lhe permite desenvolver este caráter (Triviños, 1987; Minayo, 1994, 2005).

Optou-se pela utilização de diferentes instrumentos para a coleta e análise de dados – triangulação de métodos – visando o aprofundamento e a abrangência da compreensão, bem como a verificação e a validação da pesquisa (Minayo, 2005; 2006).

A utilização de múltiplas técnicas e a integração de diversos recursos metodológicos têm sido amplamente recomendada, no intuito de validar os resultados encontrados junto aos sujeitos pesquisados, aumentando as evidências empíricas e conferindo maior credibilidade aos achados (Becker, 1999; Mays e Pope, 2000).

A seguir serão descritas de maneira mais detalhada as técnicas de coleta e análise dos dados utilizadas no presente estudo.

TÉCNICAS DE COLETAS DE DADOS

▪ *Entrevista Semi-Estruturada*

A entrevista é o instrumento mais utilizado nos trabalhos de campo. Através dela o pesquisador busca obter informações contidas nas falas dos atores sociais (Cruz Neto, 1994). O termo entrevista é constituído a partir de duas palavras, *entre* e *vista*. *Vista* refere-se ao ato de ver, ter preocupação de algo. *Entre* indica a relação de lugar ou estado no espaço que separa duas pessoas ou coisas. Desta forma, segundo Richardson *et al.* (1999), o termo entrevista refere-se ao ato de perceber realidade entre duas pessoas, conforme ressalta Minayo (2006: 114):

“Entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma situação de interação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador”.

A entrevista semi-estruturada é uma técnica em que se utiliza um roteiro com perguntas previamente formuladas como guia para a abordagem do tema proposto, mas mantém questões abertas onde o entrevistado pode expor livremente sobre o tema estudado. É um instrumento utilizado para facilitar a conversa com uma finalidade (Minayo, 1994). Destaca-se a noção de entrevista como procedimento metodológico que permite um diálogo intensamente correspondido entre o pesquisador e o entrevistado (Cruz Neto, 1994).

A adoção deste instrumento parte do pressuposto de que os modelos culturais interiorizados pelos indivíduos são revelados na entrevista, refletindo assim o caráter histórico e específico das relações sociais, além de auxiliar no entendimento das concepções e representações que possuem tais pessoas. Destaca-se a importância de se inserir os depoimentos num contexto histórico, onde cada ator social será caracterizado por sua participação (Minayo, 1994).

O questionário, aplicado no presente estudo, direcionado às mães foi elaborado a partir dos estudos realizados por Becker (2001), Susin (2004), Bongiovanni (2006), Osório (2006) e Souza (2006); os direcionados aos pais e as avós e/ou outro familiar influente basearam-se no estudo de Susin (2004); e o específico aos profissionais de saúde se baseou nos estudos de Becker (2001) e Ciconi *et al.* (2004) (*Anexos I-IV*).

As entrevistas foram gravadas após o consentimento dos entrevistados, permitindo assim que as informações coletadas fossem transcritas de forma fidedigna, além de facilitar ao pesquisador retornar a fonte registrada, checar informações e obter novas conclusões.

Como forma complementar, utilizou-se informações anotadas diariamente pelo pesquisador em seu diário de campo.

▪ **Grupo Focal**

Grupo focal pode ser definido como *“uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate entre eles, informações acerca de um tema específico”* (Neto *et al.*, 2001: 9 *apud* Teixeira, 2002: 61).

Segundo Kitzinger (2005: 31), “a idéia por trás do método do grupo focal é que os processos grupais podem ajudar as pessoas a explorar e clarear sua visão por meio de maneiras que seriam menos facilmente acessíveis numa entrevista frente a frente”.

Esta técnica visa revelar as opiniões, relevâncias e valores dos integrantes do grupo. O grupo focal pode ser visto como uma forma complementar das entrevistas individuais e da observação, uma vez, que tem por finalidade obter a “fala em debate”, onde vários pontos são discutidos, gerando conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema entre os participantes do grupo (Minayo, 1994), podendo gerar comentários mais críticos do que as entrevistas individuais (Kitzinger, 2005). Quando a dinâmica do grupo funciona bem, os participantes atuam como co-pesquisadores, levando a pesquisa para direções novas e frequentemente inesperadas (Kitzinger, 2005).

De acordo com Peiró (1996), Neto *et al.* (2001) e Kitzinger (2005) alguns aspectos importantes para desenvolvimento do grupo focal devem ser considerados:

- Equipe composta por dois pesquisadores: um exercendo a função de mediador ou facilitador; e outro de relator-observador, durante a realização dos grupos focais;
- O grupo composto por sete a dez pessoas, para que todos tenham a oportunidade de expor seu ponto de vista sobre o assunto em discussão;
- Os encontros devem ser em ambiente tranqüilo e os participantes devem se sentir livres para expressar valores, opiniões, emoções e sentimentos sem sofrer julgamentos;
- Duração de cada encontro entre uma e duas horas;
- Elaboração prévia de um “Roteiro de Debate”, construído a partir dos objetivos da pesquisa e por meio de questões-chave que favoreçam o levantamento das informações para a elucidação dos objetivos propostos;
- Debates podem ser registrados de duas formas: através da gravação (gravador ou filmagem) e através das anotações das falas, assim como algum registro da linguagem não verbal (posturas, expressão, etc).

No presente estudo, para a construção do roteiro de debate dos grupos focais, utilizaram-se as recomendações de Souza *et al.* (2005), que consideram como imprescindíveis que este seja suficientemente provocador para permitir um debate entusiasmado e participativo; e que promova condições de aprofundamento do tema que se pretende investigar. Desta forma foi elaborado um roteiro com o intuito de guiar as discussões com os profissionais de saúde que atuam no nível primário de atenção no município de Coimbra-MG sobre o aleitamento materno (*Anexo V*).

TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

Destaca-se que todo o conteúdo foi analisado também dentro da lógica da Triangulação de Métodos, isto é em uma abordagem, qualitativa e quantitativa (Minayo, 2005).

Os dados quantitativos foram analisados utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 15.0.

Já a análise dos dados qualitativos foi realizada de acordo com as teorias descritas a seguir:

- **Rede social**

A metodologia de construção da rede social inicia-se com a identificação, pelo pesquisador, dos indivíduos e suas possíveis relações com o sujeito a ser pesquisado. Esta informação pode ser obtida através da listagem de nomes, elaborada pelo entrevistado, das pessoas com as quais mantém um contato regular (Sanicola, 1995).

A partir desta listagem é possível representar graficamente a rede social do indivíduo estudado. Este desenho, na forma de mapa, permite visualizar as relações estabelecidas dentro da rede, servindo de subsídio para a reflexão e o reconhecimento da dimensão relacional em que a pessoa entrevistada está inserida (Sanicola, 1995).

Segundo Sanicola (1995), um aspecto que deve se ter cuidado no trabalho com rede social é o comportamento do pesquisador com o pesquisado, de modo que o primeiro necessita firmar uma relação de confiança com o segundo. Além disso, o pesquisador necessita desenvolver a escuta e o olhar ativo e sensível, de maneira que consiga captar a realidade sob os olhos de quem a vivencia, bem como saber diferenciar os diversos tipos de influência que esta rede social pode exercer sob o entrevistado.

Ainda, para o desenvolvimento deste tipo de trabalho, o pesquisador precisa ser isento de preconceitos e julgamentos para evitar que o mesmo tenha uma visão distorcida da realidade estudada (Sanicola, 1995).

Sob esta perspectiva, o presente estudo realizou a construção da rede social das mães de crianças menores de dois anos de idade residentes no município de Coimbra, com o intuito de conhecer a rede social na qual a mulher-mãe e seus familiares estão inseridos, permitindo, assim, compreender a dinâmica de suas relações, bem como as questões que permeiam as escolhas da mulher-mãe durante o aleitamento materno.

- ***Representações sociais***

A representação social é um instrumento explanatório e se refere às idéias e crenças que necessita ser descrito e explicado por cientistas sociais. Estão relacionados com uma maneira específica de compreender e comunicar – cria a realidade e o *senso comum* (Moscovici, 2003).

Para Spink (1993), as representações sociais são socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuindo para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação, onde o sujeito é responsável pela construção da realidade enquanto um sujeito social, desta forma, as representações são sempre construções contextualizadas.

Tendo como base estas considerações, o estudo das representações sociais permite conhecer a realidade cotidiana, pois tenta descrever de forma clara o contexto em que o indivíduo está inserido, explicando assim os fenômenos sociais (Moscovici, 2003).

Destaca-se que as representações sociais, sobre o fenômeno da amamentação, obtidas através de entrevistas semi-estruturadas e grupo focal têm a intenção de aprofundar e enriquecer o debate sobre a temática do aleitamento materno enquanto prática fortemente influenciada pela vivência da mãe-nutriz em sociedade, buscando compreender as representações sociais de atores diretamente envolvidos nesta prática (mães, pais, avós e profissionais de saúde).

- ***Análise de Conteúdo***

O *corpus* de análise dos dados qualitativos foi composto pelos dados das entrevistas e dos grupos focais, os quais foram analisados por meio do método de Análise de Conteúdo que compreendeu três etapas (Bardin, 1977; Minayo, 2006):

1) Pré-análise: objetiva operacionalizar e sistematizar as idéias presentes no depoimento – apreensão do todo. Nesta fase, retomam-se as hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao que foi coletado, caso seja necessário;

2) Exploração do material: consiste em identificar nas falas as unidades de significado – codificação, transformação dos dados brutos para compreensão do depoimento – essencial para a fase posterior;

3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: visa agrupar as unidades de significado de acordo com sua semelhança, e a partir daí se propõem inferências e, então se interpreta o fenômeno estudado com base nos dados analisados e no aparato teórico do pesquisador.

ESTUDO PILOTO

Antes de iniciar o estudo realizou-se um estudo piloto no município de Cajuri-MG, para prova dos instrumentos utilizados na coleta dos dados, no caso os questionários semi-estruturados, na busca de revisá-los e direcioná-los aos aspectos da investigação com o intuito de evitar e corrigir possíveis falhas na formulação das questões, acrescentar novas questões e treinar o entrevistador com o instrumento, facilitando sua aplicação (Richardson, 1999). Ademais, registrou-se a duração da entrevista com o intuito de observar se o questionário não estava demasiadamente longo e cansativo.

Depois de introduzir as mudanças consideradas oportunas, obteve-se a versão definitiva dos questionários.

ASPECTOS ÉTICOS

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (Of.Ref.Nº 023/2007 de 24/05/2007) em consonância com o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 1977. p. 229.

Becker D. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001. p.127.

Becker H. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Hucitec, 4 ed. 1999. p.178.

Bongiovanni RG. **Aleitamento Materno e Programa de Saúde da Família** - A prática do aleitamento materno de crianças de 0 a 6 meses em Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006. p.104.

Ciconi RCV, Venancio SI, Escudar MML. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um

município da região metropolitana de São Paulo. **Rev Bras Saúde Matern Infant** 2004, 4(2): 193-202.

Cruz Neto O. **O trabalho de campo como descoberta e criação.** In: Minayo CS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social: teoria método e criatividade. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 16 ed., 1994. p.51-66

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Dados Populacionais - 2007.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em: 18 ago 2008.

Kitzinger J. **Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde.** In: Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2 ed., 2005. p.31-40.

Mays N, Pope CA. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. **BMJ** 2000, 320: 50-52.

Minayo MCS, Assis SG, Souza ER *et al.* **Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p.244.

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 10 ed., 2006. p. 269.

Minayo MCS. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis - Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 21 ed. 1994. p.80.

Moscovici S. **Representações sociais: Investigações em psicologia social.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003. p.404.

Osório CA. **Representações sociais acerca da amamentação para mulheres que interromperam precocemente o aleitamento materno exclusivo: um estudo de enfermagem [Dissertação].** Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006. p.200.

Peiró R. **El grupo de discusión en el entorno sanitario.** València: Gráficas Lersi/Institut València d'Estudis en salud Pública, 1996. p.32.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP). **Atlas do**

Desenvolvimento Humano no Brasil/Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/>.

Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA). **Indicadores básicos de saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. p.299.

Richardson RJ *et al.* **Pesquisa Social:** Métodos e Técnicas. São Paulo: Editora Atlas, 3 ed., 1999. p.334.

Sanicola L. **L'intervento di rete.** Una innovazione nel lavoro sociale. in Reti sociali e intervento professionale. Napoli: Liguori Editore, 1995. p.101-111.

Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Veiga JPC. **Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos.** In: Minayo MCS. Avaliação por triangulação de métodos. Ed. FIOCRUZ, 2005. p.133-156.

Souza MHNS. **A mulher que amamenta e suas relações sociais:** uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006. p.175

Spink MJP. The concept of social representations in social psychology. *Cad Saúde Pública* 1993, (3): 300-8.

Susin LRO. **Influência do pai e das avós no aleitamento materno** [Tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004. p.150.

Neto OC *et al.* **Grupos Focais e Pesquisa Social:** o debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro: DCS/ENSP, mimeo. 2001. In: Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2002. p.105.

Triviños ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** Pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Ed. Atlas, 1987. p.175.

ESTUDOS BIBLIOGRÁFICOS

ARTIGO DE REVISÃO I:

MITOS E CRENÇAS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

RESUMO

Objetivo: Analisar os principais mitos e crenças relacionados ao aleitamento materno, sob a perspectiva teórica-prática dos diferentes estudos presentes na literatura. **Fontes de dados:** Os estudos foram obtidos através de revisão bibliográfica nas principais bases de dados (MEDLINE, LILACS, ScIELO), utilizando os seguintes descritores: “*Aleitamento materno*”, “*Desmame*”, “*Mitos*” e “*Crenças*” (e suas versões em inglês e espanhol). Foram consultados também: livros, teses, dissertações, publicações em órgãos internacionais e nacionais. **Síntese dos dados:** Observou-se através dos séculos a existência de questionamentos quanto à forma correta de alimentação do bebê pautados em concepções que tangem o biológico e os determinantes sócio-culturais. Verificou-se que diversos mitos e crenças que norteiam o aleitamento materno geram na nutriz sentimentos de culpa, ansiedade, ou sentimentos de confiança e apoio quanto à sua capacidade de produção láctea. **Conclusão:** Neste sentido, faz-se necessário que os profissionais de saúde compreendam a amamentação sob o olhar materno, desvendando seus mitos e crenças, mudando sua forma de atendimento, de modo a contemplar os diversos fatores presentes no aleitamento, atuando de modo mais eficaz para o prolongamento e manutenção da amamentação.

Palavras chaves: Aleitamento materno; Desmame; Mitos; Crenças.

*MYTHS AND FAITHS ON THE BREASTFEEDING***ABSTRACT**

Objective: To analyze the main myths and faiths related to the maternal breast feeding under the theoretical-practical perspective of the different studies presented in the literature. **Data source:** The studies were obtained by bibliographical revision in the main bases of data (MEDLINE, LILACS, ScIELO), were retrieved using the key words “*Breastfeeding*”, “*Wean*”, “*Myths*” and “*Faiths*” (and their versions in English and Spanish). Books, theories, dissertations, publications in international and national organs were consulted. **Data synthesis:** It was observed through the centuries that the doubts around the correct form of the baby’s feeding rules in conceptions that play the biological and the partner-cultural determinant exist. It is verified that there are several myths and faiths that orientate the nursing generate in the mother who breastfeed guilty consciences, anxiety, or trust feelings and support related to the capacity of milky production. **Conclusion:** In this sense, it is necessary that professionals of health understand the nursing under the maternal glance, unmasking their myths and faiths, changing the service form, in way to contemplate the several factors presented in the nursing, acting in a more effective way for the prolongation and maintenance of the breastfeeding.

Key words: Breastfeeding; Wean; Myths; Faiths.

INTRODUÇÃO

O leite materno é o alimento ideal para o lactente devido às suas propriedades nutricionais e imunológicas, protegendo o recém-nascido de infecções, diarreia e doenças respiratórias, permitindo seu crescimento e desenvolvimento saudável, além de fortalecer o vínculo mãe-filho e reduzir o índice de mortalidade infantil¹⁻³.

Segundo Huffman *et al.* (1991)⁴, 22,2% das mortes de crianças até 12 meses, ao ano, no mundo poderiam ser evitadas se o aleitamento materno exclusivo e o aleitamento até um ano de vida fosse praticado.

A amamentação além de exercer um efeito protetor contra doenças no início da vida do lactente, parece reduzir, também, o risco de doenças crônicas, como as auto-imunes, celíaca, de Crohn, colite ulcerativa, linfoma, diabetes mellitus e alergia alimentar, entre outras⁵.

Além do mais, sabe-se que a amamentação oferece vantagens não só ao bebê, mas também à mãe, à família e ao Estado⁶⁻⁹.

Com relação aos benefícios do aleitamento materno para a nutriz, sabe-se que a prática parece reduzir alguns tipos de fraturas ósseas, câncer de mama e de ovários, além de diminuir o risco de morte por artrite reumatóide⁶.

No que se refere à família, as vantagens da amamentação estão relacionadas com o custo, a praticidade e o estímulo ao vínculo do binômio mãe-filho. Ressalta-se que principalmente nos países em desenvolvimento é de suma importância que a orientação sobre a alimentação do lactente seja adequada à sua condição socioeconômica, de modo a informar os benefícios do aleitamento materno, como iniciar a alimentação complementar, como escolher os alimentos de acordo com os recursos disponíveis e com as necessidades da criança^{8,9}.

Para o Estado, a principal vantagem do aleitamento materno é seu baixo custo quando comparado com a alimentação da criança com fórmulas infantis ou com outros tipos de leite⁹. Segundo Araújo *et al.* (2004)⁸ a complementação da alimentação da lactante é aproximadamente 75% e 21% menor que o custo da alimentação do bebê com fórmulas e com leite de vaca, respectivamente, sendo considerada uma medida econômica para a família e para o Estado.

Por todos esses fatores, a amamentação é considerada uma prática fundamental para a promoção, proteção e apoio à saúde de crianças sendo esta recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS) às crianças durante os primeiros 6 meses de vida de modo exclusivo. Depois dos seis meses até os

dois anos de idade a criança deve receber o leite materno juntamente com alimentação complementar^{9,10}.

No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, a prevalência de aleitamento exclusivo de 0 a 6 meses em 2006, era de 39,8%¹¹ – estando seu período de duração e sua prevalência aquém do recomendado pela OMS e pelo MS.

Diante disso, estudos têm mostrado que a amamentação é um fenômeno complexo, não sendo considerado um ato meramente instintivo, biologicamente determinado, mas sendo uma prática fortemente influenciada pelo contexto histórico, social e cultural (crenças e mitos) em que a mulher-mãe-nutriz vive^{7,12,13}.

Para efeito deste estudo entende-se por crença, o *“ato ou efeito de crer; convicção íntima; opinião dotada de fé e convicção”*¹⁴. A crença representa uma das estruturas mais importantes do comportamento humano. Segundo Dilts (1993)¹⁵, quando realmente acreditamos em algo, nos comportamos de maneira congruente com esta crença – que necessariamente, não se baseia numa estrutura lógica de idéias.

Por sua vez, entende-se mito como a *“representação de fatos ou personagens reais, exagerada pela imaginação popular, pela tradição”*¹⁴. Tradição é a *“transmissão oral de lendas, fatos, etc., de idade em idade, geração em geração. Conhecimento ou prática resultante de transmissão oral ou de hábitos inveterados”*¹⁴. O mito, portanto, é a própria tradição, ele está presente na vida social, sendo capaz de revelar o significado de um determinado assunto para a sociedade. O mito, quando efetivo, *“funciona como estímulo forte que conduz tanto o pensamento quanto o comportamento do ser humano ao lidar com realidades existenciais importantes”* (Rocha, 1988: 14)¹⁶.

Não obstante, os profissionais de saúde tendem a considerar a amamentação como um ato natural, valorizando apenas seu aspecto biológico e social^{17,18}. Assim, faz-se necessário que estes identifiquem junto à lactante suas necessidades, seus mitos e crenças adquiridas através da cultura para que compreendam a amamentação sobre os olhos e perspectivas da nutriz, e que conseqüentemente permitam-lhes conhecer os fatores que interferem na duração e manutenção do aleitamento, e assim possibilitando aos profissionais atuar mais eficazmente na resolução dos problemas, prolongando a duração do aleitamento materno¹⁸.

Trabalhos relatam que as principais justificativas das mães para a complementação precoce são a falta de conhecimento da fisiologia da lactação, da qualidade/quantidade de leite produzido, além da recusa do bebê em pegar o peito e da alegação de que o *“leite secou”*¹⁹⁻²⁴.

Nesse sentido, o objetivo desse trabalho foi analisar os principais mitos e crenças relacionados ao aleitamento materno, sob a perspectiva teórica-prática dos diferentes estudos presentes na literatura.

O SURGIMENTO DE MITOS E CRENÇAS NO CONTEXTO DO ALEITAMENTO MATERNO

Com o descobrimento do Brasil em 1500, os portugueses trouxeram consigo o hábito do desmame, enquanto que o aleitamento materno entre os índios Tupinambás era amplamente difundido, tendo seu período mínimo de 18 meses. Naquela época, a amamentação para as mulheres européias burguesas não era considerada uma prática digna de sua classe social²⁵.

A partir do século XVIII na Europa e do século XIX no Brasil, deu-se início a uma revolução na forma de visualizar o papel da mãe e sua importância. Diversas publicações da época traziam recomendações às mães para que cuidassem e amamentassem pessoalmente seus filhos, surgindo assim, o mito do instinto materno, do amor incondicional e espontâneo da mãe para com seu filho²⁶.

Nesta época, a amamentação passou a ser imposta à mulher, com o objetivo de solucionar o problema da elevada taxa de mortalidade infantil da época²⁷. Baseado neste contexto foi criada a representação de que o aleitamento materno é um dever da mulher-mãe – surge então o mito “mãe boa é a que amamenta”²⁸.

No final do século XIX, como o conhecimento científico ainda não respondia questões referentes à amamentação, os higienistas começaram a formular alternativas para responder o seguinte *paradigma biológico*: *Por que algumas mães não conseguem amamentar seus filhos, se a lactação é um ato natural e instintivo do ser humano?*²⁹ Então, eis que surge um *modelo auxiliar* pautado na dimensão individual das mulheres para explicar o insucesso no aleitamento materno: a *síndrome do leite fraco*²⁷.

A figura do leite fraco consolidou-se socialmente, sendo um valor cultural aceito e repassado entre várias gerações²⁹. Como se pode observar, os mitos e as crenças relacionados à amamentação fazem parte do nosso cotidiano há muitos séculos. Eles constroem o significado do ato de amamentar para a mulher por meio da herança sócio-cultural adquirida através da vivência desta mulher em sociedade – transmissão de valores por pessoas próximas ou mesmo pela observação de mulheres que estão passando por esta mesma situação.

A CRENÇA DO LEITE FRACO

A figura do leite fraco, nos dias de hoje, é uma das principais causas da complementação precoce alegada pelas mães²⁹, sendo que a comparação do leite humano com o de vaca serviu de fundamentação para esta crença. A aparência aguada do leite materno, principalmente do colostro, faz com que a mãe considere seu leite inferior, acreditando que não serve para atender às demandas da criança por diferir do leite popularmente conhecido como leite forte – o leite de vaca. A valorização do leite de vaca em relação ao humano deveu-se também por este apresentar na sua composição maior quantidade de proteína^{2,21}.

No estudo de Vaucher & Durman (2005)³⁰ com o objetivo de identificar as crenças familiares de puérperas em relação ao aleitamento materno, uma das crenças extraídas dos relatos foi a de que para nutrizes o seu leite era fraco.

Escobar *et al.* (2002)²², analisando as principais causas da complementação precoce relatadas pelas mães, observaram que 17,8% delas responderam que era devido ao seu “leite fraco” ou que seu leite “não sustentava” o bebê. Ramos & Almeida (2003a)²³ ao estudarem as alegações para a introdução da alimentação complementar precocemente entre mulheres assistidas em uma maternidade Amiga da Criança em Teresina, Piauí, verificaram nas falas das entrevistadas a figura do leite fraco.

Gusman (2005)²⁴ observou que as mães que atribuem à complementação precoce a justificativa de que o “leite não sustenta, leite era fraco”, se sentem mais amparadas por esta ser uma crença aceita culturalmente. Observa-se que a criação do mito *leite fraco* serviu para minimizar a responsabilidade e culpa das mães pelo fracasso do aleitamento materno.

No estudo de Gonçalves (2001)²¹ verificou que o “leite fraco” foi uma queixa comum das mães durante a amamentação. Para ele o mito do leite não sustentar o bebê – por ser fraco, pode estar apoiado no fato do bebê mamar e aparentar não ficar satisfeito.

Contudo, no trabalho de Giugliani *et al.* (1995)¹⁷ cujo objetivo foi avaliar os conhecimentos maternos em amamentação, observou-se que 64% das mães responderam que não existe leite fraco. Já no de Sandre-Pereira *et al.* (2000)²⁰, cerca de 50% das mães entrevistadas relataram desconhecer a importância do colostro, porém 27,4% consideram-no como protetor contra doenças.

É importante ressaltar, que o leite humano contém todos os nutrientes que a criança necessita até os seus seis meses de vida, é de fácil digestão e seu aspecto aguado

é uma característica normal, portanto o leite materno está sempre em boas condições para o consumo da criança^{2,31,32}.

É pautada no desconhecimento das características inerentes do leite humano que a nutriz pode desconfiar de sua capacidade de produzir leite de “qualidade” para a criança, podendo assim iniciar precocemente com a introdução de outros alimentos na alimentação do bebê – e é aí que o profissional de saúde deve atuar: informando a lactante sobre a composição do leite materno.

O MITO DO LEITE INSUFICIENTE

Segundo King (2001)³¹ uma das queixas mais comuns para justificar a complementação precoce é a alegação de “pouco leite”. Para Gonçalves (2001)²¹, esta crença, muitas vezes, deve-se ao fato das mães sentirem-se inseguras quanto à sua capacidade de produzir leite no volume adequado para a criança.

Ainda, segundo Nakano (2003)³³ o mito do leite não sustentar o bebê – por ser pouco, pode estar apoiado no choro do bebê, que geralmente é associado à fome ou ao fato do leite não estar sendo adequado às necessidades da criança. Entretanto, a hipogalactia – o pouco leite – é um fenômeno bastante raro entre as nutrízes^{2,32}.

Giugliani *et al.* (1995)¹⁷, observaram em seu estudo que 62% das mães estudadas não souberam responder corretamente várias questões relacionadas com a amamentação. Esta falta de conhecimento, segundo as autoras, pode ter contribuído para a principal alegação da complementação precoce: a insuficiência de leite.

Ramos & Almeida (2003a)²³, localizaram nos depoimentos das mães, o mito do *pouco leite*. Gonçalves (2003)²¹ verificou nas falas das mães a crença de que o leite materno não é um alimento suficiente para o bebê – leite não o sustenta. E Vaucher & Durman (2005)³⁰, observaram nos relatos de puérperas estudadas as seguintes temáticas: “acho que tenho pouco leite” e “tenho muitas dúvidas se meu leite é suficiente para o bebê”.

Contudo, no trabalho de Borges & Phillipi (2003)³⁴, cujo objetivo foi conhecer a opinião de mulheres sobre a quantidade de leite materno produzido, as autoras verificaram que 82,9% consideravam a quantidade de leite produzida suficiente. Entretanto, todas as mães que achavam insuficiente o volume produzido já haviam introduzido outros tipos de leite na alimentação da criança. Neste estudo, os parâmetros utilizados pelas mães para avaliarem a quantidade de leite produzido foram: 1) quantidade de leite ordenhado, 2) tamanho das mamas, 3) comportamento da criança após a mamada.

No estudo de Arantes (1995)¹⁹, as mães relataram que o aleitamento materno é um fenômeno fortemente influenciado pelas suas emoções, percebendo que seu estresse e ansiedade interferem na quantidade de leite produzido; pois, quando estão estressadas, nervosas, ansiosas elas observaram uma redução ou mesmo bloqueio na produção de leite.

Para Almeida (1999)²⁷ e King (2001)³¹ quase todas as mães podem produzir leite em quantidade e de qualidade suficiente para o seu bebê, desde que elas queiram – sejam autoconfiantes em relação à sua capacidade de amamentar e que posicionem a criança corretamente durante o aleitamento materno.

O MITO “O BEBÊ NÃO QUIS PEGAR O PEITO”

A amamentação, segundo o *senso comum*, é considerada uma prática natural e de fácil execução, basta a mãe “oferecer o peito, o leite saí e o bebê mama”³³. Porém, os recém-nascidos, em seus primeiros dias de vida, podem ter dificuldade para sugar, por não estarem acostumados com aquela situação³⁰. Eis então que surge o mito do bebê não querer pegar peito, como um dos principais fatores para a complementação precoce.

Nakano (2003)³³ e Vaucher & Durman (2005)³⁰ observaram através dos relatos das mães participantes, a presença das figuras do “bebê não queria pegar o peito” e “meu bebê não quis sugar o seio”. Já no estudo de Escobar *et al.* (2002)²², 6,4% de mães alegaram ter desmamado seu filho precocemente porque seu bebê *largou o peito*.

Uma boa maneira para reduzir este tipo de justificativa para a introdução da alimentação complementar precocemente, seria a orientação da gestante e da nutriz, cabendo ao profissional orientá-las sobre a forma correta de pegar a mama – posicionamento dela e da criança no ato da amamentação, os cuidados com os mamilos e discussão sobre certos mitos relacionados com a amamentação, possibilitando o sucesso e manutenção do aleitamento materno¹.

O MITO “O LEITE MATERNO NÃO MATA A SEDE DO BEBÊ”

O leite materno contém toda água que uma criança necessita, mesmo se esta residir em locais de clima quente³¹. Porém, o que é observado na prática é a introdução de água e/ou chás precocemente, antes dos seis meses.

De acordo com a OMS (1999)³⁵, o aleitamento materno exclusivo não é um ato praticado mundialmente. A água e/ou chá é oferecido às crianças, já nos primeiros dias de vida, com intuito de acalmar o bebê, aliviar a dor de ouvido, prevenir e tratar o resfriado e principalmente para matar a sede da criança.

No estudo de Gonçalves (2001)²¹ foi encontrado que o uso de chá e água é considerado essencial para a criança se hidratar, devido ao clima quente – verão. Para estas mães o leite materno *não mata a sede* do bebê.

Gusman (2005)²⁴ observou que a necessidade ou não de oferecer água para a criança gerou um sentimento de dúvida e insegurança nas mães pesquisadas, principalmente por residirem em uma cidade de clima muito quente, Porto Nacional – TO. Neste mesmo trabalho, verificou-se que a mãe após perceber alguns sinais de desidratação na criança – como “molera”, começam a introduzir água ou outros líquidos na alimentação do bebê.

O mais apropriado nestes casos de aparente sede da criança seria a atuação do profissional de saúde, de modo a sanar as dúvidas referentes à introdução de água e outros líquidos antes dos seis meses de vida da criança, orientar quanto aos riscos desta atitude precoce e a incentivar as nutrizes a oferecer o leite materno de forma exclusiva³¹.

A CRENÇA: “OS SEIOS CAEM COM A AMAMENTAÇÃO”

O seio feminino durante o aleitamento materno pode assumir duas funções: alimentar (fonte de alimento para o bebê – mulher vista como mãe, nutriz) e erótica (fonte de prazer para o companheiro – mulher vista esposa)³⁶.

Neste sentido, o seio ao mesmo tempo que atua como estímulo sexual masculino e como reforço a imagem da mulher, é também relacionado com a maternidade, local de acolhimento, nutrição e proteção do bebê³⁷.

A imagem que a gestante tem do seu corpo pode interferir na sua visão durante o aleitamento materno, de modo que quando esta percepção é negativa – amamentar causa flacidez na mama, aumenta os mamilos tornando-os feios, podendo estas crenças contribuir para o insucesso da amamentação^{28,32}.

No trabalho de Menezes & Domingues (2004)³⁸, cujo objetivo foi identificar as mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes e a opinião delas sobre tais mudanças, os autores observaram que a mudança que gestantes mais gostaram foi na barriga (48,5%) e a que elas menos gostaram foi no seio (28,0%).

Abuchaim (1991)³⁷ observou que embora a alteração no seio fosse considerada “natural” pelas mães, principalmente entre as que desejavam amamentar, esta nem sempre foi aceita.

Alves (2003)³⁹ observou na fala das mães que a preocupação com a estética estava relacionada com o conhecimento adquirido no cotidiano, tais como: amamentar deixa o seio flácido, ou quanto maior tempo de amamentação, mas o seio cai.

Os estudos de Ichisato & Shimo (2001)⁴⁰ e Vaucher & Durman (2005)³⁰, mostram, através das falas das mães, a presença do mito das mamas caírem com a amamentação.

AMAMENTAÇÃO: DEVER MATERNO

O aleitamento materno é permeado de períodos contraditórios, de valorização e não valorização, tanto historicamente quanto no contexto social e familiar⁴¹. Somado a isto, o período gestacional também é um momento de dúvidas, indecisões, onde surgem sentimentos, como insegurança e medo por parte da mulher-mãe em relação aos cuidados com o bebê que está por vir. Isso a torna mais vulnerável às pressões de profissionais de saúde e membros da família, principalmente no que se refere ao ato de amamentar⁴².

Segundo Gusman (2005)²⁴, tanto a família, os profissionais de saúde, a sociedade, quanto a mulher-mãe, cobram responsabilidade perante o aleitamento, de maneira que a lactante tem que fazer a escolha correta em relação a alimentação do filho, não lhe sendo conferido o direito de errar.

No estudo de Primo & Caetano (1999)⁴³, o aleitamento materno foi visto pelas mães das nutrizes como um ato determinado pela vivência da lactante em sociedade, uma experiência repassada de geração para geração, uma tradição familiar, sendo então uma obrigação, responsabilidade das nutrizes. Nesse sentido, o valor sócio-cultural da amamentação faz com que a lactante sinta-se pressionada a amamentar, de modo que quando esta prática não é possível, a mãe passa a sentir-se culpada por não ter conseguido exercer completamente seu dever de mãe.

Nakano (2003)³³, com intuito de compreender o significado da amamentação, sentimentos e percepções das nutrizes, observou nas falas das mães que a amamentação era considerada *uma condição emblemática de ser uma boa mãe*.

Em suma, o aleitamento materno mostra-se como um fator importante, perante a sociedade, com intuito de reafirmar o dever e a responsabilidade da mãe-nutriz³³.

ALEITAMENTO MATERNO - EXPRESSÃO DO AMOR DA MÃE PARA COM SEU FILHO

Segundo King (2001)³¹ e Cury (2003)³² o estabelecimento do vínculo mãe-filho é uma das vantagens do aleitamento materno, por permitir a união entre mãe e bebê, construindo assim um elo precoce e forte que influenciará positivamente no desenvolvimento e relacionamento da criança na sociedade.

A prática da amamentação associada ao amor materno é uma crença cultivada até os dias de hoje. Nakano (2003)³³ estudando as representações da amamentação observou que as mulheres valorizavam o aleitamento materno por ser esta uma prática que oferece além do alimento, afeto e proteção à criança, sendo então considerada *o melhor para o bebê*.

No estudo de Arantes (1995)¹⁹ foi observado no relato das mães sobre sua experiência de amamentação, que elas descrevem o aleitamento materno como um ato permeado de momentos bons e agradáveis, sendo que este foi relacionado, de forma direta, com transmissão do amor da mãe para o filho. O contato físico entre mãe-filho foi percebido pela nutriz como um momento de prazer, carinho e de aproximação da criança, permitindo transferência de carinho e afeto bilateral. Este contato foi considerado gratificante e necessário para o “ser-mãe”.

Já no estudo de Gonçalves (2001)²¹, as lactantes relataram em seus depoimentos que a amamentação fez despertar o desejo de querer continuar o aleitamento, devido à aproximação entre mãe e filho, momento para compartilhar afeto.

Diante do exposto, vê-se uma relação direta da amamentação com o amor materno, bem como uma valorização desta crença pela sociedade. Esta, por sua vez, influencia a atitude materna nos cuidados com seu filho – principalmente em relação a sua alimentação, para que não seja rotulada como “desnaturada ou como mãe ruim”¹⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evidência científica parece apontar para a importância dos mitos e crenças como possíveis causas que justificam a complementação precoce, segundo as mães.

Destaca-se a importância de que os profissionais de saúde conheçam o cotidiano materno e o contexto sócio-cultural a que estas pertencem, suas dúvidas, medos e expectativas, bem como seus mitos e crenças referentes ao aleitamento materno para que possam desmistificar as crenças consolidadas pelo *senso comum* que influenciam de forma negativa na amamentação.

Neste sentido, são necessárias mudanças nas práticas de saúde no que tange o atendimento gravídico-puerperal baseada em orientações pautadas no biológico. O processo de reconstrução do atendimento implica a inserção de determinantes sócio-culturais, de familiares das lactantes neste processo de educação em saúde de modo a sanar dúvidas, esclarecer sobre os mitos e as crenças, bem como sua interferência no aleitamento materno. Desta forma, os profissionais de saúde irão atuar de forma mais eficaz na promoção, proteção e apoio à amamentação.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Giugliani ERJ. Amamentação: como e por que promover. **J. Pediatría**, 1994, 70(3): 138-151.
2. Euclides MP. **Aleitamento materno**. In: _____. Nutrição do Lactente: Base científica para uma alimentação adequada. 2 ed. Viçosa, 2000. p.259-346.
3. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. **Amamentação**. 2003. p.1-5
4. Huffman SL, Yeager BAC, Levine RE, Shelton J, Labbok M. **Breastfeeding saves lives: an estimate of the impact of breastfeeding on infant mortality in developing countries**. Bethesda: Center to Prevent Childhood Malnutrition Publication, 1991.
5. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding and the use of human milk. **Pediatrics**, 1997, 100(6):1035-1039.
6. Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **J.Pediatría**, 2004, 80(5 supl.): 142-146.
7. Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J. Pediatría**, 2004, 80(5 supl.): 119-125.
8. Araújo MFM, Del Fiacco A, Pimentel LS, Schmitz BAS. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, 2004, 4(2): 135-141.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Política de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p.152
10. Fifty-fourth World Health Assembly. **Resolution WHA54.2**, Infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization, 2001.
11. Brasil. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

12. Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, 2002, 10(4): 548-585.
13. Abrão ACFV. Amamentação: uma prática que precisa ser aprendida. **Pediatria**, 2006, 28(2): 79-80.
14. Ferreira ABH. **Dicionário Aurélio Eletrônico - Século XXI**. Lexikon Informática Ltda, 1999.
15. Dilts R. **Crenças: identificação e mudança**. In: _____. **Crenças: caminhos para a saúde e o bem estar**. São Paulo: Summus, 1993. p.15-35.
16. Rocha EPG. **O labirinto dos mitos**. In: _____. **O que é mito**. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1988. p.7-15.
17. Giugliani ERJ, Rocha VLL, Neves JM, Polanezyk CA, Seffrin CF, Susin LO. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. **J. Pediatria**, 1995, 71(2): 77-81.
18. Silva IA. O profissional re-conhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. **Fam. Saúde Desenv.** 2001, 3(1): 7-14.
19. Arantes CIS. Amamentação – visão das mulheres que amamentam. **J. Pediatria**, 1995, 71(4): 195-202.
20. Sandre-Pereira G, Colares LGT, Carmo MGT, Soares EA. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. **Cad. Saúde Pública**, 2000, 16(2): 457-466.
21. Gonçalves AC. **Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno**. [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001. p.136
22. Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S, Tomikawa SO. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, 2002, 2(3):253-261.
23. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **J. Pediatria**, 2003a, 79(5): 385-390.
24. Gusman CR. **Os significados da amamentação na perspectiva das mães**. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo; 2005. p.107
25. Silva AAMS. **Amamentação: fardo ou desejo?** Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre o aleitamento na sociedade brasileira. [Dissertação]. Ribeirão Preto

- (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo, 1990. p.302.
26. Badinter E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. p. 272.
27. Almeida JAG. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p.120.
28. Silva IA. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios**. São Paulo: Robe, 1997. p.257.
29. Souza LMBM, Almeida JAG. **História da alimentação do lactente no Brasil: Do leite fraco à biologia da excepcionalidade**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p.117
30. Vaucher ALI, Durman S. Amamentação: crenças e mitos. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, 2005, 7(2): 207-214.
31. King FS. **Como ajudar as mães amamentar**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.189.
32. Cury MTF. **Aleitamento materno**. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica. Reimpressão, 2003. p.287-313.
33. Nakano, MAS. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. **Cad. Saúde Pública**, 2003,19(supl. 2): 355-363.
34. Borges ALV, Phillippi ST. Opinião de mulheres de uma Unidade de Saúde da Família sobre a quantidade de leite materno produzido. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, 2003, 11(3): 287-292.
35. Organização Mundial da Saúde. Amamentação e uso de água e chás. **Revista do IMIP**, 1999, 13(2): 184-185.
36. Sandre-Pereira G. Amamentação e sexualidade. **Estudos Feministas**, 2003, 11(2): 467-491.
37. Abuchaim ESV. **Vivenciando a amamentação e a sexualidade na maternidade: “dividindo-se em ser mãe e mulher”**. [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, 2005. p. 191.
38. Menezes IHCF, Domingues MHMS. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. **Rev. Nutr.**, 2004, 17(2): 185-194.

39. Alves VH. **O ato da amamentação:** um valor em questão ou uma questão de valor? [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003. p. 162.
40. Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, 2001, 9(5): 70-76.
41. Rezende MA, Sawaia BB, Padilha KG. “Mãe boa amamenta” ou a força da ideologia. **Fam. Saúde Desenv.**, 2002, 4(2): 154-162.
42. Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **J. Pediatría**, 2004, 80(5 supl): 126-130.
43. Primo CC, Caetano LC. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. **J. Pediatría**, 1999, 75(6): 449-455.

ARTIGO DE REVISÃO II:

A INFLUÊNCIA DA REDE SOCIAL DA NUTRIZ NO ALEITAMENTO MATERNO: O PAPEL ESTRATÉGICO DOS FAMILIARES E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

RESUMO

Objetivou-se levantar e categorizar trabalhos científicos sobre a influência da rede social da lactante no contexto da amamentação. Para isto, realizou-se uma revisão bibliográfica nas principais bases de dados em saúde (MEDLINE, LILACS, ScIELO), utilizando como palavras chaves os descritores: Aleitamento materno, Desmame e Família (e suas versões em inglês e espanhol). Foram consultados também: livros, teses, dissertações, publicações em órgãos internacionais e nacionais (OMS, UNICEF, Ministério da Saúde...). Pôde-se observar que os atores que compõem a rede social da nutriz são capazes de exercer interferência na decisão de amamentar, através de diferentes âmbitos, tais como o incentivo/apoio à iniciativa; o repasse de conhecimentos e valores culturais; a tradição familiar; e o cultivo do desinteresse/desestímulo e da pressão exercida sobre a lactante em relação à forma de alimentar a criança. Assim sendo, pode-se inferir sobre a necessidade de implementação de novas práticas de saúde no que tange à forma de cuidado a este grupo populacional. Vale ressaltar, a importância de que os profissionais se capacitem para uma escuta sensível sobre o significado do aleitamento materno segundo o olhar da nutriz. Por fim, destaca-se o papel importante da rede social da lactante, principalmente a família, para o sucesso da amamentação.

Palavras chaves: Aleitamento materno; Desmame; Família.

*THE INFLUENCE OF THE SOCIAL NET OF NUTRIZ IN THE BREASTFEEDING:
THE STRATEGIC PAPER OF THE RELATIVES AND PROFESSIONALS OF HEALTH*

ABSTRACT

Objective to raise and classified scientific work on the influence of the social net of the lactic in the context of the breastfeeding. For this, realized bibliographical review was made in the main bases of data (MEDLINE, LILACS, ScIELO), using as key words: Breastfeeding, Wean and Family (and their versions in English and Spanish). Books, thesis, dissertations, publications in international and national organs were consulted (WHO, UNICEF, Health Ministry...). It could be observed that the actors that compose the social net of the nursing mother are capable to exercise interference in the decision of breastfeeding, through different extents, such as the encouragement/support to the initiative; reviewing the knowledge and cultural values; the family tradition; and the cultivation of the indifference/desencouragement and the pressure exercised on the lactic in relation to the form of feeding the child. Like this, it can infer on the need of implementation of new practices of health with respect to the care form to this population group. It is worth to stand out, the importance that the professionals are qualified for the sensitive listening on the meaning of the nursing under the glance of the *nutriz*. Finally, it stands out the importance paper of the social net of the lactic, especially the family, for the success of the breastfeeding.

Key words: Breastfeeding; Wean; Family.

INTRODUÇÃO

Questões referentes à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno têm sido objeto de estudo de diferentes autores nos últimos anos, devido aos benefícios que a amamentação traz não só ao bebê, mas também à mãe, à família e ao Estado¹⁻⁴.

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS⁵ o aleitamento materno é considerado exclusivo, quando a “criança estiver recebendo apenas o leite proveniente de sua mãe ou de bancos de leite humano, e nenhum outro líquido ou sólido com exceção de vitaminas, minerais e medicamentos”. A duração da amamentação exclusiva deve se estender até o sexto mês de vida da criança⁶. Após este período, recomenda-se que o aleitamento deve ser realizado juntamente com a alimentação complementar até os dois anos de idade⁶.

No entanto, apesar de conhecidas as vantagens da amamentação, a prevalência de aleitamento exclusivo, no Brasil, de 0 a 2 meses, de 2 a 4 meses e 4 a 6 meses de vida da criança era de 49,2%, 48,8% e 15,3%, respectivamente — dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006 — estando aquém do recomendado pela OMS⁷.

As principais razões relatadas pelas mães para a complementação precoce, isto é, a introdução de outros alimentos que não o leite humano na alimentação da criança antes dos quatro meses de vida, estão relacionadas com a insegurança materna frente a sua capacidade de alimentar seu filho, a atribuição de responsabilidade à mãe quanto os cuidados com a criança, bem como a influência de terceiros — por meio de orientações, conselhos, pressão exercida sobre a lactante, dentre outros^{1,8,9}.

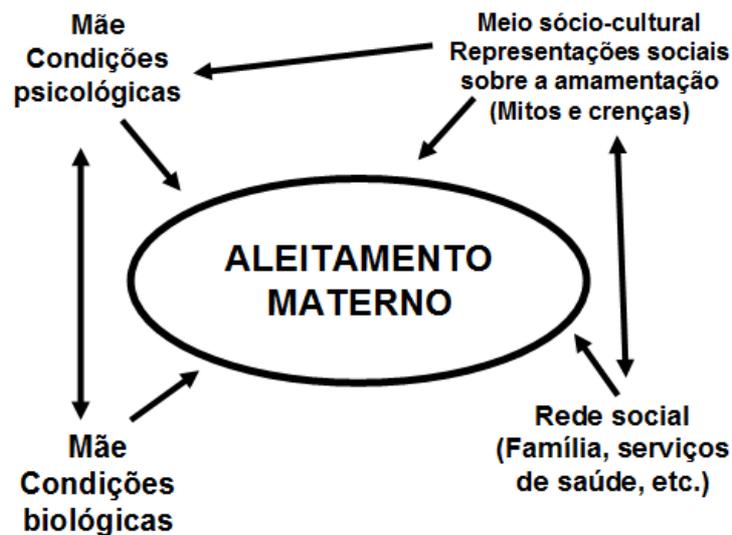
Destaca-se que a amamentação não é uma prática meramente instintiva, mas é um ato fortemente influenciado pela vivência da mãe-nutriz em sociedade, isto é, o contexto sócio-cultural se sobrepõe aos determinantes biológicos³. Sob esta perspectiva, Sanicola citado por Souza¹⁰ afirma que o conhecimento da rede social na qual o indivíduo, neste caso a nutriz, e seus familiares estão inseridos permite compreender a dinâmica de suas relações, sendo estas, fontes de reflexão e objetos de estabelecimento de ações de intervenção mais eficazes.

Segundo Soares citado por Souza¹⁰, rede social é o “conjunto de relações que determinam as características da pessoa, tais como: hábitos, costumes, crenças e valores”. Esta rede somada à maior vulnerabilidade da mulher às influências múltiplas, devido à maternidade e ao processo de aleitamento materno, exerce forte interferência na decisão da mãe de amamentar ou não¹¹.

Dentre as maiores influências no aleitamento materno estão às experiências anteriores e o estado emocional da nutriz, bem como a família (principalmente o pai e a avó) e os profissionais de saúde, tanto como transmissores de mitos e crenças, quanto como fonte de incentivo/apoio¹¹⁻¹⁴.

Assim, a amamentação é influenciada por diferentes condições e processos, como mostrado no Diagrama 1.

Diagrama 1: Condições e processos que influenciam o aleitamento materno



Fonte: Adaptado de Rezende *et al.*¹²

Com base nestas considerações, o objetivo do presente artigo foi levantar e categorizar trabalhos científicos sobre a influência da rede social da lactante no contexto da amamentação, por meio de uma revisão bibliográfica nas principais bases de dados em saúde.

A FAMÍLIA NA REDE SOCIAL DA NUTRIZ

A família, na concepção tradicional, é composta de pais e filhos. Em um sentido mais abrangente, ela inclui também parentes e/ou indivíduos que residem próximos (tios, cunhados, amigos, dentre outros) – o que, hoje, denomina-se como família extensiva¹⁵.

Reiterando esta noção ampliada de família, de acordo com Bourdieu¹⁶, a família congrega vários indivíduos ligados pelo “sangue”, por laços afetivos (casamento, filiação, adoção), e que residem no mesmo domicílio, sendo esta dotada de vontade, capaz de pensar, de sentir, de agir, apoiada em um conjunto de pressupostos referentes à

forma correta de viver em família e em sociedade. Aprofundando a discussão, Barreira e Machado¹¹ definem família como “*a primeira e mais importante unidade grupal na qual o indivíduo está inserido e é a partir dela que serão delineadas as características gerais do comportamento do indivíduo*”.

A abrangência da inserção social da família é também motivo de questionamento, como para Sarti¹⁷, ao mencionar que “*cada família constrói sua própria história, ou seu próprio mito, entendido como uma formulação discursiva em que se expressam o significado e a explicação da realidade vivida, com base nos elementos objetiva e subjetivamente acessíveis aos indivíduos na cultura em que vivem. Os mitos familiares expressos nas histórias contadas, cumprem a função de imprimir a marca da família, herança a ser perpetuada*”. De modo análogo, Poli e Zagonel¹² afirmam que “*cada família tem uma história de vida, que vai se construindo e se perpetuando durante o tempo, constituindo a base dos ensinamentos, crenças e valores repassados aos membros da família*”.

A família é constituída por *comensais* — aqueles que comem juntos¹⁷, os quais constroem os referenciais relativos à alimentação desde muito cedo, no contato com os membros da família e da sociedade, sendo considerada uma prática social. Ela varia de acordo com a idade, estado de saúde e situação social¹⁹. Deste modo, em relação à alimentação da criança, a família atua transmitindo conhecimentos sobre a melhor forma de alimentar o bebê, repertório teórico-prático específico para cada família de acordo com sua história e experiência de vida¹⁹.

Um dos significativos modos pelos quais a família interfere na alimentação do bebê é apoiando ou não a nutriz na decisão de amamentar, pois a maneira com que a família define quais e quem são suas prioridades, bem como sua forma de *olhar e valorizar a mulher e a criança*, podem exercer influência positiva (ajuda) ou negativa (impedimento) neste processo^{13,14,16,17,19,20}.

O PAPEL DO PAI NO ALEITAMENTO MATERNO

O pai pode exercer grande influência, positiva ou negativa, tanto na maternidade, quanto na amamentação.

As relações — e tensões — paternidade e aleitamento materno podem ser origem de novos conflitos entre marido e mulher, facilitando a emergência de problemas antigos mal resolvidos, devido ao sentimento de carência de afeto por parte da companheira — sentida pelo homem —, bem como o sentimento de ciúme,

competição, rivalidade dele para com o filho; e por outro lado, pode ser também fator de aproximação do casal²¹.

Segundo Susin²², durante a amamentação, alguns homens identificam sua esposa como sua mãe, o que pode interferir na relação sexual. Além disso, as modificações corporais decorrentes da gravidez podem levar a diminuição do interesse sexual ou o afastamento do casal. Ainda, após o nascimento da criança, o marido deixa de ver o corpo da mulher como seu somente. A presença do leite materno serve de “sinal” que o seio de sua mulher agora pertence ao seu filho.

Desta forma, algumas dificuldades maternas durante o aleitamento materno podem estar relacionadas, direta ou indiretamente, com o pai da criança, principalmente quando ele apresenta um sentimento de repulsa frente a amamentação²².

O Quadro 1 apresenta comentários sobre diversos estudos que observaram a participação do pai no processo de aleitamento materno, bem como suas conseqüências.

Quadro 1: Influência do pai no contexto do aleitamento materno

Autor(es), ano	Objetivo do estudo	Resultados
Chateau <i>et al.</i> (1977) ²⁹	Avaliar programas de educação sobre aleitamento materno e identificar fatores que poderiam promover ou inibir a amamentação.	Crianças cujo pai e a mãe receberam informações sobre a amamentação tiveram um tempo de aleitamento materno maior.
Baranowski <i>et al.</i> (1983) ³⁰	Estudar os fatores relacionados com a decisão da nutriz de amamentar.	O apoio e/ou suporte mais importante na decisão de amamentar foi do marido/companheiro para as anglo-americanas.
Bevan <i>et al.</i> (1984) ³¹	Identificar os fatores que influenciam o aleitamento materno.	O pai exerceu influência tanto no ato de amamentar quanto na duração do mesmo.
Black <i>et al.</i> (1990) ³²	Identificar os fatores que influenciaram a decisão materna de amamentar seu filho.	A opinião do pai foi a segunda variável que mais influenciou na decisão materna de amamentar ou não.
Matich e Sims (1992) ³³	Estudar a influência de fatores sociais entre gestantes que pretendiam aderir ao aleitamento materno.	O pai exerceu um importante papel de apoio emocional e informativo.

Cont. Quadro 1

Autor(es), ano	Objetivo do estudo	Resultados
Littman <i>et al.</i> (1994) ³⁴	Avaliar os fatores que poderiam exercer influência na intenção da mãe de amamentar ou não.	A aprovação do aleitamento materno por parte do pai da criança apresentou associação com a incidência de aleitamento; quando o pai apoiava e aprovava a prática de amamentar, a incidência de amamentação era maior.
Giugliani <i>et al.</i> (1994) ³⁵	Identificar a influência de diversos fatores na decisão da mãe de amamentar.	O fator mais importante encontrado foi a opinião favorável do pai em relação à amamentação – as mães tiveram 32,8 vezes mais chance de iniciar o aleitamento materno quando o pai era favorável a prática.
Scott e Binns (1999) ³⁶	Identificar os fatores relacionados ao início e duração do aleitamento materno em mulheres ocidentais	O pai exerceu influência na decisão da mãe de amamentar ou não.
Susin (2004) ²²	Avaliar o impacto da inclusão do pai em uma intervenção educativa na prevenção do desmame precoce dos seus filhos.	A inclusão dos pais ocasionou um acréscimo, não significativo, na frequência de amamentação exclusiva. Porém, com a inclusão do pai de baixa escolaridade houve uma redução da frequência de amamentação.
Souza (2006) ¹⁰	Descrever e compreender a rede social das mulheres que amamentam.	A figura do companheiro ou do pai da criança mostrou-se envolvida com a mulher durante o período de aleitamento materno.
Brito e Oliveira (2006) ²¹	Identificar a percepção do homem em relação às mudanças ocorridas no seu relacionamento conjugal durante a amamentação do seu filho.	O pai percebe que seu relacionamento conjugal sofre mudanças durante a amamentação do filho. Estas mudanças foram relacionadas com a criança, a esposa e a rotina doméstica, sendo estas mais evidentes nos três primeiros meses. Alguns pais tentaram compreender estas mudanças — apoiando, indiretamente, a prática de amamentar. Enquanto outros demonstraram indiferença frente às mudanças — podendo contribuir tanto para o sucesso, quanto para o fracasso do aleitamento materno.

Ao analisar o Quadro 1, observa-se que (1) a participação do pai em programas de incentivo à amamentação — ombro a ombro com a companheira, (2) o apoio e (3) a aprovação do mesmo ao aleitamento materno influenciaram positivamente na decisão da nutriz de amamentar. Neste sentido, faz-se necessário que os programas de incentivo à amamentação insiram o pai nas atividades educativas e de orientação e que os profissionais de saúde escutem e esclareçam seus anseios, dúvidas e, fazendo com que este pai se torne um incentivador e um ponto de apoio da nutriz durante o aleitamento materno. Assim sendo, consoante o demonstrado por Faleiros *et al.*²³ é de suma importância informar os pais das vantagens da amamentação e de seu verdadeiro significado, sendo que esse processo educativo deve se iniciar na infância e na adolescência, auxiliando o sucesso e a manutenção do aleitamento materno.

Ressalta-se a importância de se estreitar os laços entre pai-filho, permitindo, assim, que o pai perceba a fragilidade e a necessidade de cuidados que seu filho inspira, de modo a reduzir os sentimentos de exclusão, ciúme, competitividade que muitas vezes o pai sente perante seu filho²².

O PAPEL DAS AVÓS NO ALEITAMENTO MATERNO

A influência de uma figura feminina, e que tenha a prerrogativa de já ter sido mãe, é percebida pela nutriz de forma significativa, devido à experiência que aquela possui em relação à maternidade e ao aleitamento materno, por ela ter vivido as mesmas dificuldades, medos e anseios dessa fase¹¹. De fato, segundo Primo e Caetano²⁴, a filha toma a mãe como *exemplo a ser seguido, copiado e transformado*: “já que minha avó amamentou e minha mãe também, conseqüentemente, eu irei fazê-lo”.

Dentro deste contexto, as avós (maternas e paternas) trazem consigo conhecimentos e experiências adquiridas durante sua vivência — amamentação de seus filhos —, ou mesmo adquiridas através da transmissão de valores — mitos, crenças, tabus — de geração em geração²⁵.

Durante o aleitamento materno, algumas mães, muitas vezes, se mostram inseguras quanto aos cuidados com o bebê, apresentando dificuldades para solucionar pequenos problemas, e é justamente neste ponto que a presença de uma figura feminina, principalmente da avó, torna-se imprescindível para esta mãe²². É importante salientar que a participação da avó nos cuidados da criança durante o aleitamento materno pode interferir incentivando ou desestimulando esta prática²⁵.

A participação das avós e sua interferência no processo de amamentação têm sido descritas por vários autores, como mostra o Quadro 2.

Quadro 2: Influência das avós no contexto do aleitamento materno

Autor(es), ano	Objetivo do estudo	Resultados
Bryant (1982) ³⁷	Estudar o impacto da influência de parentes, amigos e vizinhos na alimentação de filhos de mulheres porto-riquenhas e cubanas residentes nos Estados Unidos da América.	A maioria das mulheres considerou a avó materna a fonte mais importante de informação sobre a amamentação.
Baranowski <i>et al.</i> (1983) ³⁰	Estudar os fatores relacionados com a decisão da nutriz de amamentar.	O apoio e/ou suporte mais importante na decisão de amamentar foram: <ul style="list-style-type: none"> • Dos amigos para as mulheres negras americanas; • Da avó materna para as mulheres mexicanas-americanas;
Mclorg e Bryant (1989) ³⁸	Estudar a influência dos membros da rede social e dos profissionais de saúde no padrão alimentar da criança.	Entre as mulheres brancas e negras americanas, as avós maternas foram consideradas as mais influentes no que se refere à alimentação da criança.
Libbus e Kolostov (1994) ³⁹	Identificar as percepções de aleitamento materno e alimentação infantil em um grupo de mulheres.	Encontrou-se associação entre a intenção da gestante em amamentar e o fato de sua mãe ter amamentado.
Sayers <i>et al.</i> (1995) ⁴⁰	Estudar a prevalência de amamentação na época do nascimento e após quatro a doze semanas.	Observou-se uma associação significativa entre o fato da avó materna ter amamentado e sua filha ter iniciado o aleitamento materno.
Primo e Caetano (1999) ²⁴	Compreender a influência e atuação da mãe da nutriz na decisão e/ou manutenção da amamentação.	As mães das lactantes percebem o aleitamento materno como uma experiência repassada de mãe para filha (tradição familiar) através dos exemplos de vida delas — o fato de ter visto mulheres amamentando seus filhos é um incentivo à prática.
Gonçalves (2001) ⁴¹	Conhecer as crenças e práticas da nutriz e seus familiares em relação à amamentação e identificar o tipo de ajuda familiar recebida por ela neste processo.	O familiar justifica seu auxílio à nutriz na prática de amamentar devido à proximidade, à possibilidade de auxiliá-la na redução de atividades, por considerá-la despreparada no cuidado com a criança e com a amamentação.

Cont. Quadro 2

Autor(es), ano	Objetivo do estudo	Resultados
Ludvigsson (2003) ⁴²	Investigar a relação entre as atitudes da mãe e da família dela em relação ao aleitamento materno e o padrão de alimentação atual em uma população boliviana.	As atitudes maternas, do pai e da avó da criança não influenciaram o padrão alimentar do bebê.
Barreira e Machado (2004) ¹¹	Compreender a atuação da família no processo de amamentação.	Neste estudo o familiar entrevistado foi aquele apontado pela nutriz como sendo o mais influente no processo de amamentação. Observou-se que todos eram do sexo feminino e já tinham sido mães, destas 50% eram suas próprias mães.
Susin <i>et al.</i> (2005) ⁴³	Verificar a influência das avós na prática do aleitamento materno.	As variáveis avós maternas e paternas que aconselhavam o uso de chá/água e de outro leite mostraram associação significativa com a interrupção da amamentação exclusiva no primeiro mês. O contato não diário com a avó materna foi considerado fator de proteção para a manutenção da amamentação exclusiva até o sexto mês.
Sharma e Kanani (2006) ⁴⁴	Compara os cuidados dado à criança entre famílias rurais nas quais as avós estavam presentes e esses onde as avós estavam ausentes.	O apoio familiar (principalmente da avó da criança) foi considerado um fator importante. Neste estudo, a participação das avós foi, em sua maioria, relacionada a atividades no cuidado com o bebê e menos nos trabalho domésticos.
Souza (2006) ¹⁰	Descrever e compreender a rede social das mulheres que amamentam.	A maioria das mulheres relatou ter contado com a presença de alguma figura feminina (mãe, amiga ou vizinha) durante a fase em que estavam amamentando.

Analisando o Quadro 2, pode-se concluir que o comportamento materno frente à amamentação é fortemente influenciado pela figura da avó (materna e paterna), considerada a fonte mais importante de informações sobre o aleitamento materno, fato que se torna mais relevante quando consideramos que durante o aleitamento materno, as mães encontram-se mais vulneráveis a pressões e aos conselhos/orientações de terceiros.

Portanto, a tentativa de compreender como a avó se comporta diante deste processo, seus mitos, tabus e experiências pode auxiliar o profissional de saúde a entender a “*bagagem*” materna, suas concepções e interferir de maneira a desmistificar e/ou esclarecer essa mãe sobre este ato, permitindo assim uma maior adesão e manejo dessa prática.

O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ALEITAMENTO MATERNO

O contato e o apoio à nutriz durante o aleitamento materno por familiares, amigos e vizinhos é de suma importância. Entretanto, além desses atores, outros partícipes também exercem um papel fundamental para o sucesso da amamentação: os profissionais de saúde.

O profissional de saúde acredita que “*a visão das mulheres sobre o amamentar, é construída em experiências de amamentação vivenciadas por ela própria ou captadas em seu contato social com outras mulheres, bem como aquelas experiências que fazem parte do repertório familiar, que o profissional interpreta, como potencialmente positivas ou negativas*”¹³.

Porém, da mesma forma que a nutriz constrói seu conceito de aleitamento materno através do seu contexto sócio-cultural, os profissionais de saúde também constroem sua assistência à lactante baseando-se nos significados que atribuem ao aleitamento materno¹³. O elemento mais forte na construção desse atendimento à nutriz é a crença da amamentação como um ato biológico e natural, negligenciando os aspectos sociais desta prática^{13,26}.

É importante ressaltar que o profissional de saúde deve apoiar e incentivar a lactante a por em prática o aleitamento materno, preparando-a psicologicamente, informando-a sobre a fisiologia da lactação, seus benefícios, como cuidar das mamas, o posicionamento dela e do bebê durante a amamentação, sendo que este preparo deve ser iniciado durante o pré-natal⁸.

Outros modos pelos quais o profissional de saúde pode auxiliar a nutriz incluem (1) a ênfase ao conceito de que toda mulher pode amamentar e que seu leite é o alimento ideal para a criança (quantitativa e qualitativamente); (2) o elogio acerca dos cuidados dela com o bebê, quando estes estão corretos; (3) a reiteração de que as dúvidas — quando, por exemplo, não se souber que atitude tomar, poderão ser compartilhadas em um diálogo franco; e (4) a disponibilidade à ajuda quando ocorrerem problemas, encorajando a nutriz a insistir na prática^{8,27}. Destaca-se que vários estudos

avaliam a importância do profissional de saúde durante a prática de amamentação, conforme mostra o Quadro 3.

Quadro 3: Influência dos profissionais de saúde no contexto do aleitamento materno

Autor(es), ano	Objetivo do estudo	Resultados
Arantes (1995) ²⁶	Compreender o significado da amamentação para a nutriz.	A partir das falas das mães percebeu-se um conflito entre as orientações médicas buscadas e as suas próprias percepções e necessidades, pois o pediatra tem seu discurso baseado em normas, regras relacionadas principalmente ao biológico e estas, muitas vezes, não condizem com as reais necessidades da lactante.
Sandre-Pereira <i>et al.</i> (2000) ⁴⁵	Conhecer o nível de informação sobre o aleitamento materno de mulheres que realizavam pré-natal.	Do total, 53,3% das mães afirmavam ter recebido alguma informação sobre o aleitamento materno durante o pré-natal e a informação mais lembrada (22,2%) foi sobre a duração da amamentação exclusiva.
Escobar <i>et al.</i> (2002) ⁴⁶	Avaliar os fatores que influenciaram o desmame precoce conforme condições socioeconômico-culturais.	Do total, 16,9% das mães relataram que a causa do desmame foi devido à orientação médica. Porém o estudo não descreve quais foram os motivos desta orientação. Este estudo mostrou que houve dependência ($p = 0,040$) entre estas variáveis, de modo que a orientação médica para suspensão do aleitamento materno influenciou o tempo de amamentação e o desmame.
Ramos e Almeida (2003a) ⁴⁷	Estudar as alegações para a interrupção da amamentação entre mulheres assistidas por uma maternidade Amiga da Criança.	Um dos aspectos destacados nas falas das mães foi a banalização do seu sofrimento pelos profissionais de saúde.
Ramos e Almeida (2003b) ⁴⁸	Compreender como as mulheres percebem a assistência no ciclo gravídico-puerperal tendo como eixo central a amamentação.	Observou-se um distanciamento entre as percepções da mulher e as proposições do modelo assistencial, evidente nos relatos. Porém, a atenção dispensada à mãe pela equipe de saúde no pré-natal e parto foi muito valorizada por elas.

Cont. Quadro 3

Autor(es), ano	Objetivo do estudo	Resultados
Fracolli <i>et al.</i> (2003) ²⁸	Avaliar eficácia da realização de visitas domiciliares a nutrizes, com enfoque no acolhimento.	Os resultados apontaram que a visita domiciliar (VD) é importante para orientar as mães sobre a amamentação, bem como para às mães a VD foi considerada um momento de compartilhar e conversar sobre a prática.
Ludvigsson (2003) ⁴²	Investigar a relação entre as atitudes da mãe e da família dela em relação ao aleitamento materno e o padrão de alimentação atual em uma população boliviana.	Mulheres que receberam informação do médico na maternidade antes do nascimento do bebê utilizaram menos as fórmulas lácteas e mais o colostro, mas este não foi associado ao tempo de duração do aleitamento materno exclusivo.
Ciconi <i>et al.</i> (2004) ⁴⁹	Avaliar os conhecimentos de Equipes de Saúde da Família para o desenvolvimento de ações de incentivo a amamentação.	Do total, 45,9% dos entrevistados citaram o aleitamento materno (AM) como uma ação essencial para o desenvolvimento da criança; 98,4% citaram a importância e as vantagens do AM para mãe e para o bebê; 96,7% recomendam o AM exclusivo até os seis meses de vida da criança.
Rotenberg e Vargas (2004) ¹⁹	Analisar o significado das práticas alimentares compreendendo percepções, experiências e valores sobre alimentação para mães de crianças sob risco nutricional.	Observou-se que os valores médicos repassados pelos profissionais de saúde, bem como os valores sócio-culturais estavam presentes nas falas das mães.
Souza (2006) ¹⁰	Descrever e compreender a rede social das mulheres que amamentam.	Observou-se pouco envolvimento das mulheres com tais profissionais. No tocante à amamentação, destacaram-se os médicos, que de alguma forma se mostraram presentes na fase inicial do aleitamento materno.

Diante do exposto, quando o profissional de saúde, considera a “*bagagem cultural*” materna como uma influência importante na decisão de amamentar e no manejo dessa prática, *ele se dispõe a partilhar seu saber com a família e formar uma rede social* que dê apoio e suporte à mãe-nutriz para superar os obstáculos e vivenciar de forma plena o aleitamento materno¹³.

Destaca-se a importância da atenção à nutriz seja pautada no acolhimento e na formação de vínculo entre profissionais de saúde e lactantes, de maneira a conhecer o contexto socioeconômico-cultural no quais estas estão inseridas, ampliando, assim, a compreensão dos profissionais de saúde sobre a experiência amamentação e seus determinantes, possibilitando uma intervenção mais eficaz, que incentive, apóie e promova o aleitamento materno²⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amamentação é um ato permeado de mitos, crenças e valores repassados de geração em geração, fortemente influenciado pelo contexto histórico em que está inserida a nutriz, bem como pela sua rede social.

A rede social da nutriz pode exercer interferência na decisão de amamentar, através de díspares determinantes, tais como (1) o incentivo/apoio, (2) o repasse de conhecimentos e valores culturais obtidos pela observação, experiência de vida e tradição familiar, (3) o desinteresse/desestímulo e a pressão à lactante em relação à forma de alimentar a criança e (4) a orientação quanto à fisiologia e os benefícios da amamentação; e ao cuidado com o bebê através do diálogo, do compartilhamento de angústias e dúvidas.

Ressalta-se que a partir da revisão bibliográfica realizada, observou-se uma escassez de estudos abordando a influência de outros atores no aleitamento materno, tais como elementos da família extensiva (tios, primos, agregados, amigos...) e da comunidade em que as mães-nutriz vivem (líderes comunitários, benzedeiros, pastores, etc.), o que limita a identificação dos indivíduos que compõem a rede social, além da sua real influência na prática da amamentação.

É importante destacar que a participação da nutriz juntamente com um membro de sua rede social nas atividades educativas (palestras, cursos, reuniões de grupo) que abordem o tema aleitamento materno é fundamental para o sucesso desta prática, pois permite ao profissional de saúde esclarecer dúvidas e compreender a visão de cada um desses atores sobre a amamentação, possibilitando a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno com maior eficiência.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Política de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Guia alimentar para crianças menores de dois anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *J Pediatr* 2004; 80(Supl 5): 142-146.
3. Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J Pediatr* 2004; 80(Supl 5): 119-125.
4. Araújo MFM, Del Fiaco A, Pimentel LS, Schmitz BAS. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2004; 4(2):135-141.
5. World Health Organization. *Indicators for assessing breastfeeding practices*. Geneva: OMS, 1991.
6. World Health Organization. Fifty-fourth World Health Assembly. *Resolution WHA54.2 - Infant and young child nutrition*. Geneva: World Health Organization, 2001.
7. Brasil. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
8. King FS. *Como ajudar as mães amamentar*. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
9. Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev Lat Am Enfermagem* 2002; 10(4):548-585.
10. Souza MHNS. *A mulher que amamenta e suas relações sociais: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
11. Barreira SMC, Machado MFAS. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. *Acta Sci Health Sci* 2004; 26(1):11-20.
12. Poli LMC, Zagonel IPS. Prática do aleitamento materno: a cultura familiar na transferência de conhecimento. *Família, Saúde e Desenvolvimento* 1999; 1(1/2):33-8.
13. Silva IA. O profissional re-conhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. *Família, Saúde e Desenvolvimento* 2001; 3(1):7-14.

14. Rezende MA, Sigaud CHS, Veríssimo MDLÓR, Chiesa AM, Bertolozzi MR. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. *Rev Lat Am Enfermagem* 2002; 10(2): 234-8.
15. Machado HV. Reflexões sobre concepções de família e empresas familiares. *Psicologia em Estudo* 2005; 10(2): 317-323.
16. Bourdieu P. *Razões práticas: sobre a teoria de ação*. São Paulo: Papyrus, 6 ed, 2005.
17. Sarti CA. A família como ordem simbólica. *Psicologia USP* 2004; 15(3):11-28.
18. Houaiss A. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
19. Rotenberg S, Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2004; 4(1):85-94.
20. Gusman CR. *Os significados da amamentação na perspectiva das mães* [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2005.
21. Brito RS, Oliveira EMF. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. *Rev Gaúcha de Enfermagem* 2006; 27(2):193-202.
22. Susin LRO. *Influência do pai e das avós no aleitamento materno* [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
23. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr* 2006; 19(5):623-630.
24. Primo CC, Caetano LC. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. *J Pediatr* 1999; 75(6):449-455.
25. Teixeira MA, Nitschler RG, Gasperi P, Siedler MJ. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. *Texto-Contexto Enfermagem* 2006; 15(1):98-106.
26. Arantes CIS. Amamentação – visão das mulheres que amamentam. *J Pediatr* 1995; 71(4):195-202.
27. Souza LMBM, Almeida JAG. *História da alimentação do lactente no Brasil - do leite fraco à biologia da excepcionalidade*. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2004.
28. Fracolli LA, Maeda ST, Brites PR, Sepúlveda SCF, Campos CMS, Zoboli ELCP. A visita domiciliária sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no Programa de Saúde da Família: um relato de experiência. *Rev Eletrônica de Enfermagem* 2003; 5(2):78-82.

29. Chateau P, Homberg H, Jakobson K, Winberg J. A study of factors promoting and inhibiting lactation. *Develop Med Child Neurol* 1977; (19):575-584.
30. Baranowski T, Bee DE, Rassin DK, Richardson CJ, Brown JP, Guenther N, et al. Social support, social influence, ethnicity and the breastfeeding decision. *Soc Sci Med* 1983; (17):1599-1611.
31. Bevan ML, Mosley D, Solimano GR. Factors influencing breast feeding in an urban WIC program. *J Am Diet Assoc* 1984; (84):563-7.
32. Black RF, Blair JP, Jones VN, Durant RH. Infant feeding decisions among pregnant women from a WIC population in Georgia. *J Am Diet Assoc* 1990; (90):255-9.
33. Matich JR, Sims LS. A comparison of social support variables between women who intend to breast or bottle feed. *Soc Sci Med* 1992; (34):919-927
34. Littman H, Medendorp SV, Goldfarb J. The decision to breastfeed: the importance of father's approval. *Clin Pediatr* 1994; (33):214-9.
35. Giugliani ERJ, Bronner Y, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA. Are fathers prepared to encourage their partners to breastfeed? A study about father's knowledge of breastfeeding. *Acta Paediatric* 1994; (83):484-7.
36. Scott JA, Binns CW. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeeding Review* 1999; 5-16.
37. Bryant CA. The impact of kin, friend and neighbor network on infant feeding practices. *Soc Sci Med* 1982; (16):1757-1765.
38. Mclorg PA, Bryant CA. Influence of social network members and health care professionals on infant feeding practices of economically disadvantaged mothers. *Med Anthropol* 1989; (10):265-278.
39. Libbus MK, Kolostov LS. Perceptions of breastfeeding and infant feeding choice in a group of low-income mid-Missouri women. *J Hum Lact* 1994; (10):17-23.
40. Sayers G, Thornton L, Corcoran R, Burke M. Influences on breast feeding initiation and duration. *Ir J Med Sc* 1995; 281-4.
41. Gonçalves AC. *Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno* [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
42. Ludvigsson JF. Breastfeeding in Bolivia – information and attitudes. *BMC Pediatrics* 2003; (3):1-12.

43. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(2):141-7.
44. Sharma M, Kanani S. Grandmothers' Influence on Child Care. *Ind J Pediatrics* 2006; (73):295-8.
45. Sandre-Pereira G, Colares LGT, Carmo MGT, Soares EA. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. *Cad Saúde Pública* 2000, 16(2):457-466.
46. Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S, Tomikawa SO. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2002, 2(3):253-261.
47. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr* 2003a, 79(5):385-390.
48. Ramos CV, Almeida JAG. Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno-infantil em Teresina, Piauí. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2003b, 3(3):315-321.
49. Ciconi RCV, Venancio SI, Escudar MML. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2004, 4(2):193-202.

ARTIGO DE REVISÃO III:

*ENTRE O SENSO COMUM E A CIÊNCIA – ALGUMAS INCURSÕES SOBRE O USO
DE CHUPETAS E MAMADEIRAS*

RESUMO

Objetivou-se discutir a questão da utilização de bicos, chupetas e mamadeiras, segundo a visão do *senso comum* e do conhecimento científico, no tocante aos padrões, determinantes e conseqüências do uso destes objetos. Para isto, realizou-se uma revisão bibliográfica nas principais bases de dados, utilizando como palavras chaves os descritores: Chupetas, Mamadeiras, Sucção, Má oclusão e Aleitamento. Foram consultados também: livros, dissertações, publicações em órgãos internacionais e nacionais. Foi observado que o uso destes objetos, segundo o olhar materno, está pautado nos mitos em relação à amamentação, insegurança frente aos cuidados/alimentação da criança e praticidade. Verificou-se que a utilização destes objetos pode exercer interferência na amamentação, no correto desenvolvimento motor-oral, além de ser considerado um veículo de transmissão de parasitoses.

Palavras chaves: Mamadeiras, Chupetas, Comportamento de Sucção, Má Oclusão, Aleitamento materno.

*BETWEEN THE COMMON SENSE AND THE SCIENCE - SOME INCURSIONS ON
THE USE OF PACIFIERS AND NURSING BOTTLES*

ABSTRACT

To discuss the subject of the use of pacifiers and nursing bottles, according to the vision of the common sense and of the scientific knowledge, concerning the patterns, determinants and consequences of the use of these objects. For this, realized bibliographical review was made in the main bases of data, using as key words the descriptors: Pacifiers, Nursing Bottles, Suction, Malocclusion and Breastfeeding. Books, dissertations, publications in international and national organs were consulted. It was observed the use of pacifiers and nursing bottles, according to the maternal point of view is ruled in the myths in relation to the nursing, insecurity with child care/feeding and practices. The use of these objects was found that may interfere in the breastfeeding, in the correct development motor-oral, besides may be considered a vehicle of parasitosis transmission.

Key words: Nursing Bottles, Pacifiers, Sucking Behavior, Malocclusion, Breastfeeding.

INTRODUÇÃO

Desde a vida intra-uterina, o ser humano apresenta reflexos de sucção e de deglutição, sendo que a coordenação destes atos é observada a partir da 32^a – 34^a semana de gestação⁽¹⁻³⁾.

Após o nascimento, as habilidades motoras orais, intimamente relacionadas com a alimentação e, conseqüentemente, com a sucção, têm suma importância para o correto desenvolvimento do sistema estomatognático⁽³⁻⁶⁾.

É importante destacar que a sucção pode ser relacionada com a nutrição, sendo denominada sucção nutritiva – um exemplo desta prática ocorre durante o ato de amamentar, seja ela ao seio ou não – ou pode estar relacionada com outros aspectos ligados a emoção (sensação de acolhimento, segurança, prazer, dentre outros), denominada de sucção não-nutritiva – como a sucção de bico, dedo ou outros objetos^(3,5).

Quanto à utilização de chupetas e mamadeiras, este já constitui um hábito bastante difundido em diversos países, inclusive no Brasil^(7,8). Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, em 2006, mostraram que a prevalência do uso de mamadeira e chupeta entre crianças menores de 24 meses ainda amamentadas era de 53,8% e 27,6%, respectivamente⁽⁹⁾.

Contudo, para restringir o uso destes objetos, algumas ações foram criadas visando a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, tais como os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, o qual enfatiza no 9º passo a sugestão de “não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao peito”⁽¹⁰⁾. Além disto destaca-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e no Brasil, mais especificamente, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Criança de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), constituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.051/01 – que revisa e atualiza a Resolução nº 31/92, de forma a estabelecer novos critérios para a NBCAL⁽¹¹⁾ – e pelas Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 221/02 – Regulamento técnico sobre chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilo⁽¹²⁾ – e nº 222/02 – Regulamento Técnico para Promoção Comercial de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância⁽¹³⁾ –, e a Lei Federal nº 11.265/06, que regulamenta a propaganda abusiva dos produtos que interferem na amamentação⁽¹⁴⁾.

Ainda no que tange ao uso de bicos, chupetas e mamadeiras, esta temática tem sido bastante discutida no meio científico, devido às possíveis conseqüências da sua utilização no aleitamento materno, no sistema sensorio-motor-oral (órgãos

fonoarticulatórios), nas funções de deglutição, mastigação, respiração e na própria fala^(1,3,4,6,15).

Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi discutir a problemática da utilização de bicos, chupetas e mamadeiras, segundo a visão do *sensu comum* e do conhecimento científico, no tocante aos padrões, determinantes e conseqüências do uso destes objetos.

UTILIZAÇÃO DE CHUPETAS E MAMADEIRAS – A VISÃO DO SENSO COMUM

A introdução de bicos, chupetas e mamadeiras muitas vezes inicia-se já no primeiro dia de vida da criança⁽¹⁵⁾. Diversos estudos apontam que os principais determinantes para o uso destes objetos são: renda familiar baixa, crianças que ficam em creches – período integral ou parcial, família com baixo nível de escolaridade, primíparas e mães que trabalham^(2,15-18). No tocante às mães e seu retorno ao trabalho, que se dá ao final do quarto mês após o nascimento, período este que vigora a licença-maternidade, a introdução da mamadeira ocorre, principalmente, nesta época⁽¹⁶⁾.

As razões mais freqüentes para a utilização da mamadeira estão relacionadas aos mitos: “leite fraco”, “leite insuficiente”, “leite secou”, bem como com a insegurança materna frente a sua capacidade de cuidar/alimentar seu filho, praticidade e vergonha de amamentar em público⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Os principais motivos, segundo as mães, para a introdução de bicos e chupetas são: (1) elementos indispensáveis de todo enxoval – símbolos da criança; (2) hábito/costume arraigado e repassado de geração em geração, (3) “tapeiam” ou distraem a criança – permitindo que a mãe realize outras atividades, (4) descritos como “*pacifier*” ou “*conforter*”, sendo considerados um “pacificador”, “confortador”, enfim um calmante – principalmente durante o choro^(8,15,17,22).

O Quadro 1 apresenta diversos estudos que observaram os padrões, determinantes, bem como os principais motivos para a utilização de bicos, chupetas e mamadeiras.

Quadro 1: Padrões, determinantes e principais motivos para a utilização de chupetas e mamadeiras

Autor(es), ano	Objetivo do estudo	Resultados
Víctora <i>et al</i> (1993) ⁽⁴⁶⁾	Analisou a associação da utilização de chupetas e a duração do aleitamento materno.	67% e 80% das crianças com um mês de vida e com três meses, respectivamente, usavam chupeta. Observou-se que apenas 15% das crianças com nível econômico mais baixo não utilizavam chupeta, e que seu maior uso foi associado com classe socioeconômica baixa e menor escolaridade materna.
Tomasi, Víctora e Olinto (1994) ⁽¹⁷⁾	Descrever os padrões e determinantes do uso de chupetas em crianças de baixa renda menores de 2 anos.	O uso de chupeta foi mais freqüente entre crianças mais novas e entre mães com menor escolaridade.
Cotrim, Venancio e Escuder (2002) ⁽⁴⁾	Estudar a prevalência do uso de chupeta e sua associação com práticas alimentares.	Observou-se uma maior prevalência da utilização de mamadeira entre as crianças que já usavam chupeta – 64,2%, quando comparadas com as que não usavam – 39,8% (p<0,05; OR: 2,71).
Melo <i>et al</i> (2002) ⁽⁴⁷⁾	Verificar a opinião de primíparas em relação ao uso de mamadeira e chupeta.	88,1% das mães compraram/ganharam mamadeiras e chupetas; 60,8% relataram que utilizariam esses objetos; 59,8% iniciariam o seu uso assim que recebessem alta da maternidade.
Barreira & Machado (2004) ⁽²²⁾	Compreender atuação da família no processo de aleitamento materno.	Em relação ao uso de chupetas e mamadeiras, a opinião da maioria dos familiares foi a favor da utilização destes objetos. Sendo estes considerados objetos fundamentais devido às seguintes qualidades: tranquilizar o bebê durante o choro e ser prática em relação à oferta de alimento. Ressalta-se que neste estudo alguns familiares relacionaram a chupeta com a ocorrência de doenças.
Sertório & Silva (2005) ⁽¹⁵⁾	Conhecer as representações sociais sobre a chupeta por parte das mães cujos filhos utilizaram o mesmo.	As representações maternas encontradas em relação à chupeta foram: “simboliza a criança”, “é um calmante para a criança e uma ajuda para a mãe”, “o seu uso é passado pelas gerações”.
Lima <i>et al</i> (2006) ⁽⁴⁸⁾	Verificar o conhecimento da população sobre amamentação.	52,67% da população considera que a utilização de mamadeira ou “chuquinha” poderia ser prejudicial para a criança.

Diante do exposto, observa-se que o perfil socioeconômico e a “bagagem cultural” materna têm importante influência na introdução de bicos, chupetas e mamadeiras. Poderia, a partir desses dados, se pensar na importância dos profissionais de saúde que prestam atendimento a este grupo populacional partilharem esses saberes com a mãe e a família, problematizando as possíveis consequências do uso destes objetos para a saúde do bebê, de modo a construir coletivamente novos conhecimentos, que contemplem de forma mais abrangente e integral a alimentação e o cuidado do bebê.

UTILIZAÇÃO DE CHUPETAS E MAMADEIRAS - A VISÃO DA CIÊNCIA

Utilização de chupetas e mamadeiras e o aleitamento materno

O leite materno é o alimento ideal para o lactente devido às suas vantagens em termos nutricionais, imunológicos e emocionais (formação do vínculo mãe-filho), bem como em termos de prevenção de hábitos deletérios e de promoção do desenvolvimento e do crescimento correto do sistema estomatognático e das funções de respiração, mastigação, deglutição e fonação^(6,16,23-26).

A amamentação ao seio, quando comparada ao aleitamento artificial, exige um maior esforço dos músculos faciais, o que permite a satisfação da necessidade de sucção da criança^(26,27). Ressalta-se que esta sucção deve ser realizada de forma harmônica – com ritmo e força – o que envolve reflexo de busca e de sucção, posicionamento correto dos lábios (vedamento), movimento correto da língua e mandíbula e coordenação entre as funções sucção-deglutição-respiração⁽²⁴⁾.

Durante o aleitamento materno, a criança aprende a respirar corretamente (respiração nasal) – evitando amigdalite e pneumonia. Vale ressaltar que quando o bebê realiza respiração bucal, seus dentes ficam mais propensos à cárie devido ao ressecamento nos mesmos causados por este tipo de respiração⁽⁶⁾.

Segundo Trawitzki *et al*⁽²⁶⁾ (2005) e Bezerra *et al*⁽²⁷⁾ (2005), a criança desmamada precocemente, por não suprir sua necessidade de sucção, acaba desenvolvendo hábitos bucais deletérios, tais como sucção de chupetas, dedos ou outros objetos.

Contudo, a introdução precoce de bicos, chupetas e mamadeiras, em crianças em aleitamento materno, tem sido associada a uma menor duração da amamentação, chegando, às vezes, à sua interrupção^(4,28,29). Neste caso, a utilização de bicos, chupetas e mamadeiras pode levar à “confusão de bicos” (técnica de sucção da mama é diferente da técnica de sucção de chupeta e de mamadeiras), e à recusa da criança em amamentar

ao seio devido ao fluxo de leite sugado em uma mamada no seio ser bem menor do que em uma mamadeira, reduzindo a frequência das mamadas, e conseqüentemente diminuindo o reflexo de produção e descida do leite^(7,28).

Não obstante, Lamounier⁽⁸⁾ (2003) informa sobre o fato de que não está bem estabelecida a relação causal entre o uso de chupeta e a duração da amamentação.

O Quadro 2 apresenta vários estudos que observaram a relação entre o aleitamento materno e a presença de hábitos orais deletérios.

Quadro 2: Relação entre o aleitamento materno e a presença de hábitos orais deletérios

Autor(es), ano	Objetivo do estudo	Resultados
Cotrim, Venancio e Escuder (2002) ⁽⁴⁾	Estudar a prevalência do uso de chupeta e sua associação com práticas alimentares.	Verificou-se associação significativa entre o uso de chupeta e a interrupção do aleitamento materno exclusivo – AME (p<0,05; OR: 3,26). Do mesmo modo, houve associação significativa do uso de chupeta e o desmame completo (p<0,05; OR: 5,99).
Soares <i>et al</i> (2003) ⁽²⁸⁾	Verificar a prática do uso de chupetas e sua relação com o desmame precoce.	61,6% das crianças usavam chupeta, destes 34,2% utilizavam desde a primeira semana de vida. Observou-se que entre as crianças ainda amamentadas com um mês, a incidência de desmame entre o 2° e o 6° foi maior para as crianças que utilizavam chupeta (50,8%) quando comparadas com as que não utilizavam (p<0,001). O mesmo ocorreu com o AME até o final do 2° mês, 73,1% das crianças que usavam chupeta deixaram de estar em AME, enquanto que 44,9% das não usavam não estavam em AME (p<0,001).
Sousa <i>et al</i> (2004) ⁽²⁵⁾	Identificar e relacionar a presença de mal oclusão dentária, hábitos bucais deletérios e caracterizar o período de aleitamento materno.	Observou-se significância estatística entre o período de aleitamento materno e presença de hábito deletério (p<0,05).
Vieira <i>et al</i> (2004a) ⁽²⁹⁾	Conhecer a prevalência de amamentação e os fatores associados ao desmame das crianças menores de um ano.	O hábito de não utilizar chupetas revelou forte associação estatística com o AME (p<0,001). As crianças que não usavam chupeta apresentaram maior prevalência de AME (49,4%) quando comparadas àquelas que utilizavam (31%).

Cont. Quadro 2

Autor(es), ano	Objetivo do estudo	Resultados
Vieira <i>et al</i> (2004b) ⁽⁴⁹⁾	Pesquisar o uso de chupetas conforme a presença ou ausência do aleitamento materno.	As crianças menores ou iguais a 4 meses não amamentadas, comparadas com as não amamentadas, apresentaram prevalências significativamente maiores quanto ao uso de chupeta. Neste estudo, houve associação entre o uso de chupeta e o desmame precoce.
Trawitzki <i>et al</i> (2005) ⁽²⁶⁾	Verificar a relação do padrão respiratório (nasal ou oral) com o histórico de aleitamento e hábitos orais deletérios.	Verificou-se uma associação entre o padrão respiratório e o histórico de amamentação. As crianças consideradas respiradoras nasais, sem problemas respiratórios, foram amamentadas preferencialmente pelo seio materno nos seis primeiros meses de vida.
Bezerra <i>et al</i> (2005) ⁽²⁷⁾	Avaliar a associação entre os tipos de aleitamento materno, sua duração e existência de hábitos bucais deletérios com a presença de mal oclusão em pré-escolares.	As crianças que foram amamentadas ao seio por um período de até 24 meses (96,8%) desenvolveram algum tipo de hábito deletério ($p < 0,01$).
Souza, Valle e Pacheco (2006) ⁽⁵⁰⁾	Avaliar a existência de relação causal entre a presença de hábitos de sucção não-nutritivos, tipo de amamentação, orientação prévia das mães e a instalação de más oclusões.	Houve correlação significativa entre o tempo de amamentação e a presença de hábitos, e quanto mais prolongado o período de aleitamento materno, menor a chance de a criança desenvolver hábito de sucção deletério ($p < 0,01$).

Na análise do Quadro 2, observa-se que o hábito de utilizar bicos, chupetas e/ou mamadeiras parece estar associado com o desmame precoce. Segundo Lamounier⁽⁸⁾ (2003), o uso de chupetas e mamadeiras deve ser considerado *marcador* de dificuldades do aleitamento materno. O autor afirma que retirar este hábito não é a atitude mais eficaz e destaca a importância de se informar, esclarecer e posteriormente tentar equacionar a questão. Ressalta, ainda, que a solução deve ser desenvolvida através de uma ação planejada pelo trinômio profissional de saúde – mãe – família⁽⁸⁾.

Utilização de chupetas e mamadeiras e a má oclusão

Os hábitos orais são padrões de contração muscular adquiridos pela repetição freqüente de um ato, uso e/ou costume, que muitas vezes se tornam inconscientes^(3,30). Estes podem ser influenciados por alguns fatores socioculturais, tais como trabalho

materno, padrão de amamentação, dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, bem como por fatores emocionais⁽³¹⁾.

A qualificação de um hábito oral quanto ao prejuízo causado ao sistema estomatognático depende da frequência, da duração, da intensidade e da predisposição genética. Um hábito que perdura por mais de três anos ou que possui uma frequência alta durante um período do dia (manhã ou noite) é classificado como hábito deletério, ou seja, é capaz de causar más oclusões importantes⁽³²⁾.

Os hábitos bucais deletérios - onicofagia, bruxismo, interposição lingual, respiração bucal, deglutição atípica, má postura no sono e na vigília, morder objetos ou lábios, sucção de dedo, chupeta e mamadeira - são considerados fatores etiológicos das más oclusões de caráter muscular, esquelético ou dentário, podendo ocasionar crescimento ósseo anormal, dentes mal posicionados, distúrbios na respiração e na fala⁽³³⁻³⁵⁾.

A má oclusão pode ser definida como um desequilíbrio motor-oral, isto é, há uma desarmonia na disposição dos dentes no arco dentário e na relação dos dentes com as bases ósseas e com as estruturas relacionadas, que podem ocorrer tanto na dentição decídua quanto na permanente⁽³⁶⁾.

No tocante à oclusão, as maiores consequências dos hábitos deletérios são: mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, vestibularização dos incisivos centrais superiores, lábios hipotônicos, respiração bucal, estreitamento maxilar, abóbada palatina mais profunda, assoalho nasal mais estreito, sobressaliência, sobremordida, retrusão mandíbula⁽³⁷⁾.

O Quadro 3 contempla vários estudos que observaram a influência de diversos hábitos orais deletérios no sistema estomatognático.

Quadro 3: Estudos analisando os hábitos de sucção e as más oclusões

Autor(es), ano	Objetivo do estudo	Resultados
Tomita, Bijella e Franco (2000) ⁽⁵¹⁾	Avaliar a prevalência de má oclusão e sua associação com fatores ambientais como hábitos bucais.	A prevalência de má oclusão em pré-escolares foi de 51,3% para os meninos e 56,9% para as meninas. A maior prevalência de má oclusão foi verificada no grupo etário de três anos, decrescendo significativamente com a idade ($p < 0,05$). Entre os fatores ambientais estudados, o hábito de sucção de chupeta foi o mais importante na associação com má oclusão (OR=5,46), seguido da sucção digital (OR=1,54).
Cavassani <i>et al</i> (2003) ⁽²⁾	Verificar alterações fonolaringológicas, odontológicas e otorrinolaringológicas em crianças de baixa renda portadoras de hábitos orais viciosos de sucção.	O distúrbio fonolaringológico mais comum foi o articulatorio (55,6%), seguido pelo distúrbio de motricidade oral (33,3%). Entre os casos relatados, observou-se que 88,9% apresentou mordida aberta e 77,8% respiração do tipo bucal.
Sousa <i>et al</i> (2004) ⁽²⁵⁾	Identificar e relacionar a presença de má oclusão dentária, hábitos bucais deletérios e caracterizar o período de aleitamento materno.	Observou-se que 35,7% das crianças possuíam má oclusão dentária, e destas 37,8% apresentavam mordida aberta anterior. A presença de sucção digital esteve presente em 15,4% e hábito de morder objetos em 18,2%. A presença de hábitos, como usar chupeta, morder objetos, sucção digital, onicofagia esteve associada à má oclusão ($p < 0,01$).
Trawitzki <i>et al</i> (2005) ⁽²⁶⁾	Verificar a relação do padrão respiratório (nasal ou oral) com o histórico de aleitamento e hábitos orais deletérios.	A presença de hábitos orais deletérios ocorreu de maneira marcante nos respiradores orais, evidenciando diferença estatisticamente significativa, entre os grupos, para os hábitos de sucção ($p = 0,004$) e hábitos de mordida ($p = 0,0002$).
Bezerra <i>et al</i> (2005) ⁽²⁷⁾	Avaliar a associação entre os tipos de aleitamento materno, sua duração e existência de hábitos bucais deletérios com a presença de más oclusões em pré-escolares.	80,2% dos pré-escolares apresentaram má oclusão, sendo que as mais frequentes foram: sobressaliência acentuada (49,1%) e mordida aberta anterior (45,3%). Observou-se uma associação positiva entre hábitos bucais deletérios e más oclusões ($p < 0,001$).

Cont. Quadro 3

Autor(es), ano	Objetivo do estudo	Resultados
Tosato, Biasotto-Gonzalez e Gonzalez (2005) ⁽⁵²⁾	Analisar se o tempo de uso da chupeta influencia no aparelho estomatognático em crianças que não apresentavam outros hábitos parafuncionais.	Entre as crianças que não usavam chupeta e naquelas que fizeram uso desta por mais de dois anos, verificou-se uma maior prevalência de dor/desconforto no aparelho estomatognático. Já nas crianças que fizeram uso da chupeta até dois anos, essa prevalência foi menor.
Carrascoza <i>et al</i> (2006) ⁽¹⁶⁾	Identificar e avaliar as possíveis conseqüências do uso da mamadeira sobre o desenvolvimento orofacial em crianças que foram amamentadas até, pelo menos, os seis meses de vida.	Foi observado selamento labial em 82% em crianças do G1* e em 62% do G2** (p=0,0065). Repouso de língua no arco superior em 73% do G1 e 47% do G2 (p<0,0001). Observou-se maior ocorrência de respiração nasal em 69% do G1 e em 37% do G2 (p<0,0001).
Souza, Valle e Pacheco (2006) ⁽⁵⁰⁾	Avaliar a existência de relação causal entre a presença de hábitos de sucção não-nutritivos, tipo de amamentação, orientação prévia das mães e a instalação de más oclusões.	As crianças com hábitos de sucção tiveram maior risco de desenvolver más oclusões no sentido vertical (OR: 12,8), transversal (OR: 4,25) e alteração antero-posterior na relação dos caninos (p<0,01). O hábito mais frequente foi o da chupeta (77,9%), seguido da sucção digital (18,4%). Houve associação de hábito de sucção digital e uso de chupeta.
Peres <i>et al</i> (2007) ⁽⁵³⁾	Analisar a prevalência de oclusopatias e efeito da amamentação e dos hábitos de sucção não nutritivos aos seis anos de idade.	A prevalência de mordida aberta anterior foi de 46,2% e a de mordida cruzada posterior foi de 18,2%. A presença de hábitos de sucção não-nutritivos entre um e quatro anos de idade e a presença de sucção digital foram os fatores de risco para mordida aberta anterior. Amamentação por menos de 9 meses e uso regular de chupeta entre um e quatro anos foram fatores de risco para mordida cruzada posterior.

* G1: Crianças que utilizavam apenas copo para ingestão de alimentos líquidos até quatro anos de idade – nunca usaram mamadeira.

** G2: Crianças que utilizavam mamadeira durante, no mínimo, um ano.

Ao analisar o Quadro 3, é possível concluir que os hábitos de sucção não-nutritiva estiveram mais relacionados com a ocorrência de más oclusões. Tendo em vista as conseqüências da utilização de bicos, chupetas para o desenvolvimento motor-oral, na oclusão e na respiração, destaca-se a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento adequado no sistema estomatognático e nas funções de respiração, além do desmame correto, utilizando utensílios como colher e/ou copo.

Chupetas e mamadeiras como veículo de transmissão de parasitoses

As doenças parasitárias constituem-se uma significativa causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo, principalmente em crianças de zero a cinco anos^(38,39). No Brasil, as parasitoses apresentam altas prevalências em algumas regiões, sendo consideradas um importante problema de saúde pública, ocorrendo principalmente em indivíduos com nível socioeconômico baixo, residentes em locais com precárias condições de saneamento básico, educação e saúde^(40,41).

As principais conseqüências destas doenças são diarreia, má absorção, anemia, podendo causar também em crianças déficit no estado nutricional, no crescimento, além de baixo rendimento escolar devido a influência negativa no sistema cognitivo^(41,42).

Os mecanismos de transmissão das parasitoses são quase que exclusivamente pela via fecal-oral, podendo esta se dar através da água e/ou alimentos contaminados, das mãos e/ou objetos sujos levados diretamente à boca^(40,41).

Diversos estudos demonstram a contaminação por microrganismos em bicos e chupetas (Quadro 4), estando relacionada com (1) instalações sanitárias inadequadas, (2) água contaminada, (3) hábitos de higiene inadequados, (4) baixo acesso aos serviços de saúde, e (5) falta de informações sobre higiene/saúde^(17,40,43,44).

Segundo a Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas – APCD⁽⁴⁵⁾ (2007), a utilização de chupeta constitui-se em um veículo de transporte de microrganismos patogênicos ou não que podem acarretar o desenvolvimento de otite média, candidíase, diarreia e parasitoses intestinais.

Quadro 4: Bicos e chupetas como meio de transmissão de parasitoses

Autor(es), ano	Objetivo do estudo	Resultados
Tomasi, V́ictora e Olinto (1994) ⁽¹⁷⁾	Descrever os padrões e determinantes do uso de chupetas em crianças de baixa renda menores de 2 anos.	As observações realizadas no início e no final da entrevista demonstraram que 2/3 das chupetas analisadas estavam aparentemente sujas.
Tomasi <i>et al</i> (1994) ⁽⁴³⁾	Medir os níveis de contaminação fecal em chupetas em uso e investigar a associação de chupetas e diarreia.	Dos 93% das chupetas analisadas em relação aos coliformes fecais, 49% encontravam-se contaminadas. Nas 2 semanas que antecederam a entrevista, 35% das crianças apresentaram diarreia, porém apesar da forte presença de coliformes fecais, neste estudo parece que não há associação entre o uso de chupeta e diarreia.

Cont. Quadro 4

Autor(es), ano	Objetivo do estudo	Resultados
Pedroso & Siqueira (1997) ⁽⁴⁰⁾	Pesquisar a presença de cistos de protozoários, larvas e ovos de helmintos em chupetas.	11,6% das chupetas encontravam-se contaminadas com ovos de <i>Ascaris lumbricoides</i> , <i>Enterobius vermicularis</i> , <i>Trichuris trichiura</i> , <i>Taenia sp</i> e larvas de <i>Ancylostomatidae</i> .
Dornelles <i>et al</i> (2006) ⁽⁴⁴⁾	Pesquisar enteroparasitas e a presença de coliformes totais e coliformes termotolerantes em chupetas de crianças de 1 a 7 anos.	Não foram encontrados ovos, cistos ou larvas de parasitos em chupetas. Porém, na análise qualitativa de coliformes 43,5% e 30,6% deram positivas para coliformes totais e termotolerantes, respectivamente.

Apesar de não ter sido observada associação entre o uso de bicos e chupetas e parasitoses, preconiza-se a desinfecção das chupetas antes e após seu uso, com o intuito de prevenir a ocorrência das doenças supracitadas. De acordo com a APCD⁽⁴⁵⁾ (2007), o procedimento mais prático e eficaz é o de “lavar a chupeta após o uso, remover o excesso de água e borrifar um antimicrobiano, o gluconato de clorexidina a 0,12%, em toda a superfície da chupeta. Em seguida, a chupeta pode ser guardada no local de costume. Antes que a criança utilize novamente a chupeta, essa deverá ser lavada em água corrente”. Outra medida isolada sugerida para higienização deste objeto, com o objetivo de evitar sua contaminação, é a fervura diária em água por 15 minutos^(43,45).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sucção, nutritiva ou não, é importante para o desenvolvimento correto do sistema estomatognático, das funções de deglutição, respiração e fonação. Contudo, a evidência científica parece apontar que o uso de bicos, chupetas e de mamadeiras – hábito arraigado em nosso país – pode ocasionar em desmame precoce e má oclusão.

Diante dessas evidências, como os profissionais de saúde devem proceder partindo do princípio que a população é permeável a reflexão, sendo capaz de construir um conhecimento aliado a sua prática de vida? Será que é importante desaconselhar o uso de bicos, chupetas e mamadeiras?

Neste sentido, são necessárias mudanças nas práticas de saúde no que tange ao atendimento gravídico-puerperal, o que implica na inserção de informações/esclarecimentos às gestantes e mães quanto às possíveis conseqüências da utilização destes objetos para a criança, bem como em relação aos benefícios da

amamentação e do desmame correto, pautados na reflexão por parte dos profissionais de saúde com a população dos hábitos e atitudes locais relacionados ao uso de bicos, mamadeiras e chupetas.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CGS. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. *Rev Latino-Am Enferm*, 2003, 11(2):232-236.
2. Cavassani VGS, Ribeiro SG, Nemr NK, Greco AM, Köhle J, Lehn CN. Hábitos orais de sucção. *Rev Bras Otorrinolaringologia*, 2003, 69(1):106- 110.
3. Martins RJ, Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS. Sucção não-nutritiva : Importância da integração entre pediatra e odontologia. *Revista da APCD*, 2005, 59: 443-447.
4. Cotrim LC, Venacio SI, Escuder MML. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 2002, 2(3):245- 252.
5. Oliveira MMT, Amorim VCSA. Aleitamento materno: Promoção de saúde na infância. *Odontologia: Clin.-Cientif.*, 2005, 4(1):49-56.
6. Sousa AML. A amamentação e a odontologia. *Revista da APCD*, 1997, 51(4):387.
7. Euclides MP. *Aleitamento materno*. In: _____. Nutrição do Lactente: Base científica para uma alimentação adequada. 2 ed. Viçosa, 2000. p.259-346
8. Lamounier JA. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. *J Ped*, 2003, 79(4):284- 286. [Editorial]
9. Brasil. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
10. UNICEF. *Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/dezpasso.htm>. Acesso: 10 jan 2007.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria do Ministério da Saúde nº 2.051/01*. Brasília, 2001.
12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. *Resolução - RDC nº 221/02*. Brasília, 2002a.
13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. *Resolução - RDC nº 222/02*. Brasília, 2002b.
14. Brasil. *Lei Federal nº 11.265/06*. Brasília, 2006.
15. Sertório SCM, Silva IA. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão das mães. *Rev Saúde Pública*, 2005, 39(2):156- 162.

16. Carrascoza KC, Possobon RF, Tomita LM, Moraes ABA. Consequences of bottle-feeding to the oral facial development of initially breastfed children. *J Ped*, 2006, 82(5):395-397.
17. Tomasi E, VÍctora CG, Olinto MTA. Padrões e determinantes do uso de chupeta em crianças. *J Ped*, 1994, 70(3): 167- 171.
18. Tomita NE, Bijella VT, Franco LJ. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. *Rev Saúde Pública*, 2000, 34(3):299- 303.
19. Gusman CR. *Os significados da amamentação na perspectiva das mães*. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo; 2005. p.107
20. Rea MF, Cukier R. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. *Rev Saúde Pública*, 1988, 22(3):184- 191.
21. Silva IA. *Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios*. São Paulo: Robe, 1997. p.257.
22. Barreira SMC, Machado MFAS. (2004) Amamentação: compreendendo a influência do familiar. *Acta Sci Health Sci*. 26(1): 11-20.
23. Giugliani ERJ. Amamentação: como e por que promover. *J Ped*, 1994, 70(3): 138-151.
24. Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *J Ped*, 2003, 79(1)7- 12.
25. Sousa FRN, Taveira GS, Almeida RVD, Padilha WWN. O aleitamento materno e sua relação com hábitos deletérios e maloclusão dentária. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 2004, 4(3):211- 216.
26. Trawitzki LVV, Anselmo-Lima WT, Melchior MO, Grechi TH, Valera FCP. Aleitamento materno e hábitos orais deletérios em respiradores orais e nasais. *Rev Bras Otorrinolaringologia*, 2005, 71(6):747- 751.
27. Bezerra PKM, Cavalcanti AL, Bezerra PM, Moura C. Maloclusões, tipos de aleitamento materno e hábitos bucais deletérios em pré-escolares – Um estudo de associação. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 2005, 5(3):267- 274.
28. Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Ped*, 2003, 79(4):309- 316.
29. Vieira GO, Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Netto PVS. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 2004a, 4(2): 143- 150.

30. Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio Eletrônico* - Século XXI. Lexikon Informática Ltda, 1999.
31. Henriques JFC, Janson G, Almeida RR, Dainesi EA, Hayasaki SM. Mordida aberta anterior: a importância da abordagem multidisciplinar e considerações sobre etiologia, diagnóstico e tratamento. Apresentação de um caso clínico. *Rev Dent Press Ortod Facial*, 2000, 5:29- 36.
32. Soares CAS, Totti JIS. Hábitos deletérios e suas conseqüências. *Revista CROMG*, 1996, 2(1):21- 25.
33. Queluz DP, Gimenez CMM. Aleitamento materno e hábitos deletérios relacionados à oclusão. *Rev Paul de Odontol*, 2000, 22(6):16- 20.
34. Seixas CAO, Almeida EF, Fattori L. Diagnóstico, prevenção e tratamento precoce para hábitos bucais deletérios. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, 1998, 1(1):52- 62.
35. Valença AMG, Vasconcelos FGG, Cavalcanti AL, Duarte RC. Prevalência e características de hábitos orais em crianças. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 2001, 1(1):17- 24.
36. Lopez FU, Cezar GM, Ghisleni GC, Farina JC, Beltrame KP, Ferreira ES. Prevalência de malocclusão na dentição decídua. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*, 2001, 42(2):8- 11.
37. Lino AP. *Ortodontia preventiva básica*. São Paulo: Artes Médicas, 1990. p.168.
38. Cardoso GS, Santana ADC, Aguiar CP. Prevalência e aspectos epidemiológicos da giardíase em creches dos municípios de Aracajú, SE. *Rev Soc Bras Med Trop*, 1995, 28:25-31.
39. De Carli GA, Mentz M, Rott MB, Silva ACA, Wendorff AT, Tasca T, Castilhos DS, Hypolito L, Mylius L, Montenegro R. Prevalência das enteroparasitoses nas vilas periféricas da grande Porto Alegre, nos assentamentos de trabalhadores rurais e na cidade de Arroio dos Ratos no Estado do Rio Grande do Sul. *RBAC*, 1997, 29:185- 189.
40. Pedrosa RS, Siqueira RV. Pesquisa de cistos de protozoários, larvas e ovos de helmintos em chupetas. *J Ped*, 1997, 73(1):21- 25.
41. Vinha C. Necessidade de uma política sanitária nacional para o combate às parasitoses intestinais. *Rev Soc Bras Med Trop*, 1976; 10:297- 301.
42. Nokes C, Grantham-McGregor SM, Sawyer AW, Cooper ES, Robinson BA, Bundy DA. Moderate to heavy infections of *Trichuris trichiura* affect cognitive function in Jamaican school children. *Parasitology*, 1992, 104:539-547.

43. Tomasi E, Victora CG, Post PR, Olinto MTA, Behague D. Uso de chupeta em crianças: contaminação fecal e associação com diarreia. *Rev Saude Publica*, 1994, 28(5):373-379.
44. Dornelles EVF, Vizzotto BS, Roggia I, Santos RCV. Condições parasitológicas-sanitárias de chupetas de crianças em comunidades carentes de Santa Maria – RS. *NewsLab*, 2006, 76:142-156.
45. Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas - APCD. *Como desinfetar chupetas?* Disponível em: www.apcd.org.br/noticias.asp?idnoticia=848. Acesso em: 14 jun 2007.
46. Victora Cg, Tomasi E, Olinto MTA, Barros FC. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet*, 1993, 341:404- 406.
47. Melo AMCA, Cabral PC, Albino E, Moura LMD, Menezes AEB, Wanderley LG. Conhecimento e atitudes sobre aleitamento materno em primíparas da cidade de Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saude Matern Infant*, 2002, 2(2): 137- 142.
48. Lima LS, Serrato ES, Galisa MS, Caretta ITP. Conhecimentos da população e dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno em UBS do município de São Paulo. *CADERNOS – Centro Universitário São Camilo*, 2006, 12(1):31- 46.
49. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não amamentadas. *J Ped*, 2004b, 80(5): 411- 416.
50. Souza DFRK, Valle MAS, Pacheco MCT. Relação clínica entre hábitos de sucção, m oclusão, aleitamento e grau de informação prévia das mães. *Rev Dent Press Ortod Facial*, 2006, 11(6): 81- 90.
51. Tomita NE, Sheiham A, Bijella VT, Franco LJ. Relação entre determinantes socioeconmicos e hábitos bucais de risco para ms-oclusões em pré-escolares. *Pesq Odont Bras*, 2000, 14(2):169- 175.
52. Tosato JP, Biasotto-Gonzalez DA, Gonzalez TO. Presença de desconforto na articulação temporomandibular relacionada ao uso de chupeta. *Rev Bras Otorrinolaringologia*, 2005, 71(3):365- 368.
53. Peres KG, Barros AJD, Peres MA, Victora CG. Effects of breastfeeding sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. *Rev Saude Publica*, 2007, 41(3):343- 350.

ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

ARTIGO ESTUDO PILOTO – ORIGINAL I:

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO E O USO DE CHUPETAS DE MULHERES-MÃES QUE AMAMENTAM

RESUMO

Objetivou-se identificar os diferentes significados que envolvem o aleitamento materno e o uso de chupetas de um grupo de mães de crianças menores de seis meses de idade. Adotou-se os preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e individuais (n=19), transcritas na íntegra e analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977). A análise compreensiva dos discursos revelou a presença de representações que podem exercer interferência na decisão de amamentar – tanto positiva, quanto negativamente. Nesse sentido, é importante que os profissionais de saúde, conheçam o contexto no quais estas nutrizes estão inseridas, principalmente suas dúvidas, angústias, mitos e crenças em relação à amamentação, atuando assim em prol do aleitamento materno.

Palavras chaves: Aleitamento materno; Chupetas; Mães; Representação social.

*SOCIAL REPRESENTATIONS ABOUT BREASTFEEDING AND THE USE OF
PACIFIERS OF MOTHER-WOMEN WHICH BREASTFEEDING*

ABSTRACT

The objective was to identify the different meanings that surround the breastfeeding and the use of pacifiers of a group of mothers of children under six months old. Adopted to the precepts of qualitative research methodology. Interviews were conducted semi-structured individual (n=19), transcribed in full and analyzed using the technique to analyse the content of Bardin (1977). The comprehensive analysis of speeches revealed the presence of representations which can carry interference in the decision to breastfeed - both positive, as negatively. In that sense, it is important that health professionals, know the context in which these women are found, especially their doubts, fears, myths and beliefs in relation to breastfeeding, thus acting in favour of breastfeeding.

Key words: Breastfeeding; Pacifiers; Mothers; Social representation.

INTRODUÇÃO

A amamentação é uma prática complexa que decorre não apenas dos aspectos biológicos, mas também de dimensões comportamentais, culturais, sociais e históricas⁽¹⁻³⁾.

O aleitamento materno revela-se, então, com diferentes significados – permeado de ideologias, crenças e mitos – influenciado, principalmente, pela história de vida e pelo contexto no qual o sujeito, que vivencia este ato, está inserido^(1,3).

Segundo Silva⁽⁴⁾, a decisão e a manutenção da amamentação dependem da vontade materna em amamentar seu filho, sendo que o aleitamento materno quando encarado de forma consciente pela nutriz, esta assume os riscos e garante os benefícios da amamentação para o binômio mãe-filho.

Contudo, a insegurança materna em relação à sua capacidade de cuidar e, ou, alimentar o seu filho, manifestada geralmente pelas expressões: “meu leite é pouco, insuficiente, fraco”, “meu leite secou”, são os principais motivos para a introdução precoce de água, chá e/ou outros alimentos na alimentação da criança⁽⁵⁻⁷⁾.

Ressalta-se a importância de que os profissionais de saúde, que prestam atendimento para este grupo populacional, estejam imersos na realidade materna, de maneira a conhecer o cotidiano ao qual estas nutrizes pertencem, bem como sua “bagagem cultural”, possibilitando ao profissional desmistificar as crenças já consolidadas que influenciam de forma negativa na amamentação, auxiliando no sucesso desta prática tão importante e necessária, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS)^(8,9).

Nesse sentido, o objetivo desse trabalho foi identificar os diferentes significados que envolvem o aleitamento materno e o uso de chupetas de um grupo de mães de crianças até seis meses de idade, contribuindo assim, para a compreensão das atitudes maternas frente à amamentação.

METODOLOGIA

Descrição espaço-temporal e população estudada

A pesquisa foi realizada durante o mês de setembro de 2007, no município de Cajuri – MG, localizado na mesorregião da Zona da Mata. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada de Cajuri, em 2007, era de 4.015 habitantes, distribuída em 83 km² de área territorial⁽¹⁰⁾.

A assistência primária em saúde, através do Sistema Único de Saúde local, é composta por uma Unidade Básica de Saúde que oferece serviços de vacinação,

curativos, farmácia, consultas médicas e de emergência, dentre outros. E uma Unidade do Programa de Saúde da Família (PSF), que conta com duas Equipes de Saúde da Família (ESF), cuja área de abrangência é urbana e rural.

O grupo de estudo foi composto por mães de crianças menores de seis meses, residentes no município de Cajuri – MG, selecionadas através do cadastro de usuários do PSF. Um total de 19 mães (67,8%) relatou suas concepções e representações sociais sobre o aleitamento materno. As nove mães (32,1%) restantes não foram entrevistadas devido à circunstâncias impeditivas de contato (não foram encontradas no domicílio em todas as visitas realizadas).

Desenho do estudo e Coleta de dados

O presente trabalho fundamentou-se nos preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa, por estar relacionado à compreensão dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências e como elas compreendem o mundo em que vivem⁽¹¹⁾.

Para tanto, elegeu-se as representações sociais como princípio teórico-metodológico. Segundo Moscovici⁽¹²⁾, as “*representações coletivas se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de idéias e crenças (...) estão relacionados com uma maneira específica de compreender e comunicar – um modo que cria a realidade e o senso comum*”. Sendo assim, a representação social é uma forma dos indivíduos interpretarem sua realidade e a realidade social – é o pensamento do cotidiano, o que nos permite analisar esta realidade sob o olhar daquele que a vivencia⁽¹²⁾.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas no domicílio das entrevistadas. As entrevistas foram gravadas após o consentimento das entrevistadas, permitindo assim que as informações coletadas fossem transcritas de forma fidedigna, além de facilitar ao pesquisador retornar a fonte registrada, checar informações e obter novas conclusões.

Como forma complementar, utilizou-se informações anotadas diariamente pelo pesquisador em seu diário de campo.

Análise dos dados

O *corpus* de análise dos dados qualitativos foi analisado por meio do método de análise de conteúdo que compreendeu as seguintes etapas: (1) Pré-análise, (2) Exploração do material e (3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação^(13,14).

Para a identificação da situação de aleitamento materno utilizaram-se os seguintes indicadores propostos pela OMS e pelo MS:

- **Aleitamento materno exclusivo (AME)** – criança até seis meses de vida que estiver recebendo apenas o leite proveniente de sua mãe ou de bancos de leite humano, e nenhum outro líquido ou sólido com exceção de vitaminas, minerais e medicamentos^(8,15).
- **Aleitamento materno predominante (AMP)** – quando o lactente até seis meses de vida recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás^(8,15).
- **Aleitamento artificial/Complementação precoce** – introdução de outros alimentos que não o leite humano na alimentação da criança antes dos quatro meses de vida, como leites artificiais administrados através de mamadeiras^(5,9).

Os dados quantitativos, referentes à caracterização dos entrevistados e à situação de amamentação, foram analisados utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 15.0.

Aspectos éticos

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa – protocolo número 023/2007 – em consonância com o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das mães entrevistadas

Alguns indicadores quantitativos serão brevemente apresentados para se conhecer o perfil social do grupo estudado. Das 19 mães entrevistadas, 31,6% tinham idade compreendida na faixa etária de 20 a 23 anos, sendo a média de idade de $25,5 \pm 7,0$ anos; 21,0% eram adolescentes na faixa etária de 16 a 19 anos e 5,3% possuíam mais de 35 anos.

Quanto à escolaridade, atualmente, um indicador muito importante é o do analfabetismo funcional, dado a importância crescente da escolaridade na sociedade moderna. Considera-se que uma pessoa é funcionalmente analfabeta se tem menos de quatro anos de estudo⁽¹⁶⁾. Neste trabalho, 73,7% das mães possuíam o ensino fundamental incompleto (1^a a 8^a série) – 15,8% referiram-se analfabetos funcionais –, 5,3% haviam concluído o ensino fundamental, 5,3% possuíam o ensino médio

incompleto, 10,4% concluíram o ensino médio e 5,3% tinham o ensino superior completo.

A maioria das mulheres (84,2%) era dona de casa, as outras ocupações se voltavam para trabalhos domésticos, merendeiras e professoras. De acordo com a situação conjugal identificou-se que 63,1% de mulheres eram casadas, 26,4% apresentaram-se em comunhão livre e 10,5% eram solteiras.

Quanto ao número de filhos por mulher, a média foi de $1,5 \pm 0,7$, sendo que 57,9% eram primíparas. Em relação à forma de alimentação das crianças, 47% encontravam-se em AME, 37% em AMP e 16% em aleitamento artificial/complementação precoce.

Representações sociais sobre a amamentação

O conjunto de representações sociais sobre o aleitamento materno retrata as principais idéias apreendidas dos depoimentos em relação ao significado atribuído à amamentação, ao leite materno e às chupetas para as mães cajurienses (Figuras 1 e 2). Observou-se que a experiência de amamentação perpassa o aspecto biológico, contemplando o social e o cultural.

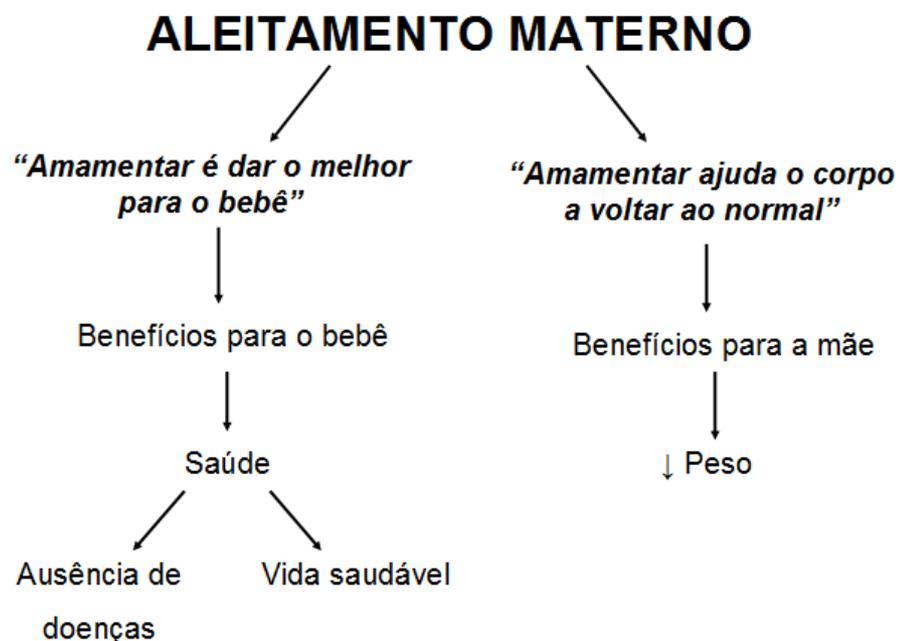


Figura 1: Representações sociais relacionadas aos benefícios da amamentação de mães de crianças menores de seis meses de idade, município de Cajuri - MG (2007).



Figura 2: Representações sociais relacionadas ao leite humano, comportamento da criança durante a amamentação e uso de chupetas de mães de crianças menores de seis meses de idade, município de Cajuri - MG (2007).

A seguir, apresenta-se as significações que são mais evidentes e representativas para o grupo de mães estudado.

Amamentar é dar o melhor para o bebê

No que se refere ao posicionamento materno frente ao aleitamento materno, este foi descrito pelas mães entrevistadas como: bom, fundamental e importante, conforme ilustram as falas que se seguem:

“(O aleitamento materno) é fundamental para a criança” (Mãe 1).

“(O leite materno) melhor alimento para criança até os seis meses” (Mãe 3).

“(O aleitamento materno) é importante pra criança” (Mãe 4).

“(O aleitamento materno) é um direito que o bebê tem” (Mãe 5).

“Eu acho que o leite do peito é o melhor para a criança” (Mãe 11).

Ressalta-se que as colocações tinham como foco principal os benefícios da amamentação para o bebê. Assim sendo, no universo das mães cajurienses o ato de amamentar foi considerado importante para criança por proporcionar boas condições de saúde e por prevenir doenças:

“A criança cresce mais saudável... gripa menos, adoece menos!” (Mãe 1).

“Bom pro desenvolvimento, crescimento” (Mãe 3).

*“...Porque com o leite materno, o bebê fica mais forte. É sustância pra ele...
Previne várias doenças, também” (Mãe 5).*

*“Ah! Acho muito bom! Acho que evita a criança a pegar muitas coisa... a criança
não adoece rápido” (Mãe 12).*

“Ele fica uma criança mais saudável, mais resistente” (Mãe 10).

*“Assim... Ajuda muito no desenvolvimento, a criança cresce mais rápido...
desenvolve mais rápido... Cresce mais saudável, com saúde” (Mãe 13).*

No presente estudo foi observado, também, que segundo as mães entrevistadas as orientações recebidas durante as consultas de pré-natal e puericultura abordavam, principalmente, as vantagens da amamentação para o bebê, conforme demonstram os relatos:

*“Ah! Eles falam (os médicos)... melhor alimento pra criança até o seis meses,
precaução de doença... evita doença, né!” (Mãe 3 – relato sobre a orientação
recebida durante o pré-natal).*

*“O médico falou que ia doer muito, mas é pra continuar dando... que é
fundamental, é importante... a criança fica mais saudável...” (Mãe 10 – relato
sobre a orientação recebida durante o atendimento de puericultura).*

*“Eles (os médicos) falavam que o leite materno é bom. A criança cresce mais
saudável, sabe! Cresce mais rápido” (Mãe 13 – relato sobre a orientação recebida
durante o pré-natal).*

A imposição da amamentação como um ato materno sublime, pode ser atribuída à concepção *higienista* sobre o cuidado da saúde da criança. No Brasil, em meados do século XIX, surgiram as primeiras regras normalizadoras do aleitamento materno pautadas na lógica *higienista*, cujo foco era os benefícios para a saúde do recém-nascido, tendo como premissa a frase: “A saúde do seu filho depende de você – Amamente”⁽¹⁾.

Dentro deste contexto, os relatos encontrados neste estudo podem ser reflexo da abordagem adotada nas ações de incentivo ao aleitamento materno que ainda são regidas pelo paradigma *higienista*.

Os dados apreendidos neste estudo estão de acordo com aqueles encontrados por Ramos e Almeida⁽¹⁷⁾, e Nakano⁽²⁾, que encontraram que o significado da amamentação

estava pautado na possibilidade da mãe dar o *melhor para o bebê*, apresentando uma *preocupação exclusiva com o bem-estar e a saúde da criança*.

No que toca à amamentação vista como uma obrigação da mulher enquanto ser mãe, Nakano⁽²⁾ observou nas falas das mães de seu estudo que o aleitamento materno era considerado *uma condição emblemática de ser uma boa mãe*.

É importante destacar que a pressão exercida pela própria mulher e/ou por terceiros para que o aleitamento ao seio aconteça, faz com que o ato de amamentar seja percebido pela nutriz como uma imposição à sua condição de mãe⁽⁷⁾ – responsabilidade exclusiva da mulher enquanto protagonista da amamentação – fato este observado no presente estudo.

Esta responsabilidade da mulher-mãe perante o aleitamento, pode levar à mãe ao sentimento de culpa, caso tenha insucesso no processo de amamentação, acreditando que não conseguiu exercer completamente seu dever de boa mãe. Nesse sentido, destaca-se o papel dos profissionais de saúde e de familiares como incentivadores e coadjuvantes do aleitamento materno, de modo a possibilitar uma maior segurança à mulher-mãe em relação à sua capacidade de amamentar o seu bebê, atuando em prol do aleitamento e da promoção da saúde.

Amamentar ajuda o corpo materno a voltar ao normal

Conforme destacado anteriormente, a experiência de amamentação, aos olhos maternos, mostrou-se focada na criança. Porém, quando questionou-se sobre as vantagens do aleitamento materno para a mulher, as entrevistadas trouxeram consigo o desejo de que o corpo voltasse ao normal, ou seja, ao que era antes da gestação. A seguir se destaca alguns depoimentos ilustrativos:

“(Amamentar) ajuda emagrecer mais rápido, né!” (Mãe 2).

“Segundo que eu ouvi falar, é bom a gente amamentar pra perder peso” (Mãe 6).

“Os antigos dizem que... volta o corpo no lugar, ajuda a emagrecer” (Mãe 7).

“Pra mãe é bom, que a mãe volta o corpo ao normal mais rápido” (Mãe 12).

Ainda, no que concerne os benefícios do aleitamento materno para a mulher, apreendeu-se das falas das mulheres-mães cajurienses representações relacionadas à prevenção do câncer:

“Câncer, né! Quanto mais a criança mama... é câncer de mama... menos tem”
(Mãe 3)

“Ajuda a... pra evitar doença...o câncer de mama, né!” (Mãe 6).

“...já até me falaram que evita doença, o câncer. A chance de ocorrer é menor”
(Mãe 10).

“Pra mim, eu acho, que evita doenças... eu vi escrito num lugar uma vez que criança que amamenta no peito evita o câncer de mama” (Mãe 11).

Segundo Euclides⁽¹⁸⁾ e Rea⁽¹⁹⁾, os benefícios da amamentação para a saúde da mulher englobam desde a recuperação do peso pré-gestacional mais precocemente, até a involução uterina mais rápida e a menor incidência de cânceres (principalmente de mama e de ovários), de artrite reumatóide e de alguns tipos de fraturas ósseas.

A possibilidade da mulher perder peso com o aleitamento materno, embora definida segundo as bases da fisiologia da lactação, tem sido questionada⁽²⁰⁾. Ressalta-se, ainda, que as evidências científicas são contraditórias em relação a assertiva de que a mãe tem possibilidades aumentadas de perder peso quando a criança é amamentada em livre demanda, aliada a uma dieta materna equilibrada em macro e micronutrientes; e a uma atividade física regular, demonstrando a necessidade de mais estudos sobre esta temática⁽²⁰⁾.

O bebê só chora quando está com fome

A representação da manifestação de comportamento da criança – o choro – na concepção das mulheres entrevistadas vinculava o choro à sensação de fome, conforme demonstram os relatos:

“Quando ele chora demais... chora com fome, eu já dou o peito” (Mãe 1).

“Ele fez o horário... chorou! Já sei que é mamá!” (Mãe 10).

“Toda hora que ele chora, eu dou. Eu acho que ele tá querendo mamá!” (Mãe 17).

Na prática das mães cajurienses, se o choro da criança persistia, a mãe começava a sentir-se insegura e passava a se questionar quanto à sua capacidade de prover o leite materno necessário para o bebê, lançando mão de alternativas como aleitamento cruzado e/ou introdução de outros alimentos, com intuito de satisfazer a demanda alimentar da criança:

“Quando ela (outra mãe que se encontrava presente no momento da entrevista) dava de mamá, o bebê mamava e chorava dia e noite. Quando eu dava de mamá pro filho dela ele dormia a noite inteira” (Mãe 9).

“A minha cunhada, a menina dela mama no peito e chora toda hora. Parece que, assim, o leite não tá suficiente pra menina... precisa dá chá pro menino pra sustentá!” (Mãe 11).

“Tem criança que mama, mama, mama e não sustenta, né! Igual eu tava te falando, depende se acontecer do leite faltar, né! Aí eu dô chá! Porque tem vez, vamô supor se que ela mama a noite inteira e não dorme, aí não tem jeito do leite dá pra ela, né!” (Mãe 18).

A saciedade da criança é uma das principais preocupações maternas nos primeiros dias de vida do bebê, podendo estender por longos períodos dependendo da autoconfiança materna frente à sua capacidade de amamentar seu próprio filho⁽¹⁾.

Segundo Gonçalves⁽⁶⁾, a maioria das nutrizes considera o choro como uma manifestação de fome da criança, que geralmente opta pelo oferecimento do seio nestas ocasiões.

Contudo, o choro da criança é um sinal de desconforto, que pode ser ocasionado pelas condições climáticas (frio ou calor), fraldas sujas, cólicas, necessidade de carinho e pode ocorrer quando a criança está com fome⁽²¹⁾.

O leite insuficiente

As mulheres-mães do presente estudo acreditam que algumas mães são desprovidas da capacidade de produzir o leite materno para o próprio filho, conforme se ilustra as falas que se seguem:

“Acho que tem mãe que não dá leite, não!” (Mãe 6).

“Tem mulher que tem pouco leite... Mas tem umas que dá muito” (Mãe 8).

“Todo mundo fala com a gente assim... Que é... que tem condições... Mas tem umas que eu vejo que não tem... Eu acho que não é igual não!” (Mãe 9).

“Ah! Acho que tem umas que dá mais pouco e outras que dá mais (leite)... Porque umas reclamam: Ah! Eu tô com pouco leite... e outras que dão muito” (Mãe 13).

“Ah! Acho que não! Porque eu não tive (leite), imagino outras mulher também não vai ter” (Mãe 19).

A crença do leite insuficiente, muitas vezes, está pautada na insegurança materna em relação à sua capacidade de produzir leite no volume adequado para atender às necessidades da criança e no choro do bebê, que geralmente é associado à fome^(2,4,6).

No trabalho de Borges e Phillippi⁽²²⁾, cujo objetivo foi conhecer a opinião de mulheres sobre a quantidade de leite materno produzido, as autoras verificaram que 82,9% consideravam a quantidade de leite produzida suficiente, resultado oposto ao encontrado no presente estudo uma vez que a maioria das mães acreditava que algumas mulheres não conseguiam produzir leite materno de maneira suficiente.

Entretanto, conforme destaca Almeida⁽¹⁾ e King⁽⁵⁾, a hipogalactia é um fenômeno raro, sendo assim, praticamente todas as mulheres produzem leite na quantidade suficiente para suprir as demandas do bebê, desde que elas demonstrem o desejo de amamentar e posicionem a criança de forma correta durante o ato de amamentar.

Neste sentido, os profissionais de saúde de atenção primária, têm um papel importante no cuidado e acompanhamento das gestantes e mães, em prol de promoção de saúde materna e infantil.

O leite fraco

A análise compreensiva dos discursos das mulheres cajurienses permitiu identificar *a figura do leite fraco*, que segundo as mesmas está associada com a aparência aguada do leite materno:

“Eu acho que o meu leite é muito ralinho. Ah! Acho que toda mãe acha que o seu leite é fraco. A gente fica com medo de não sustentar ele” (Mãe 15).

“Acho que sim (existe leite fraco). Se for muito ralinho não vai satisfazer a criança” (Mãe 19).

Há que se ressaltar que a presença do leite fraco foi relacionada com a má alimentação da nutriz, conforme demonstram os relatos das entrevistadas:

“Pessoa que não tem alimentação boa, saudável... Acho que tem sim... O leite sai fraco, né!” (Mãe 7).

“A pessoa não alimenta bem, aí fica fraco!” (Mãe 17).

Para entender tais relatos é importante destacar que a comparação do leite humano com o de vaca serviu de fundamentação para a introdução da idéia de leite

fraco. Desta forma, a aparência aguada do leite materno, principalmente do colostro, faz com que a mãe considere seu leite inferior, acreditando que não serve para atender às necessidades do bebê por diferir do leite popularmente conhecido como leite forte – o leite de vaca^(6,18).

Silva, Moura e Silva⁽²³⁾, observaram que as mães acreditavam que uma alimentação insuficiente ou uma alimentação composta de alimentos de baixa qualidade poderiam influenciar na qualidade e na quantidade de leite produzido – resultado semelhante ao encontrado no presente estudo.

Ressalta-se que a prática alimentar da nutriz está permeada de tabus, crenças e mitos, sendo que os alimentos permitidos e proibidos têm como objetivo principal aumentar a produção e a qualidade do leite materno^(1,7,24). Portanto, para as mulheres-mães uma alimentação inadequada, fraca, pode ocasionar na redução da quantidade e da qualidade do leite, significado este apreendido através dos relatos das mães cajurienses.

O leite materno não mata a sede do bebê

O leite materno contém toda água que uma criança necessita, mesmo se esta residir em cidades de clima quente⁽⁵⁾. Porém, na prática, o que se observa é a introdução precoce de água, o que se demonstra nos depoimentos das mulheres-mães entrevistadas:

“A criança tem sede. Tem que dar (água)!” (Mãe 1).

“Depois de uns quatro meses... na época de calor... pra não desidratar, pode dar uma aguinha só, né!” (Mãe 7).

“No curso de gestante que eu ia, falou que não precisava, não! Mas neste calor eu cismo que ele tá com sede” (Mãe 15).

“...eu dei água por causa do calor, tá quente demais!” (Mãe 17).

A oferta ou não de água para a criança, antes dos seis meses de vida, pode gerar um sentimento de dúvida e insegurança nas nutrizes, principalmente entre as residentes em locais quentes⁽⁷⁾. No estudo de Gonçalves⁽⁶⁾, observou-se que a introdução precoce de água foi considerada importante para a hidratação da criança, uma vez que, segundo as mães, o leite materno não matava a sede do bebê, principalmente, no verão.

Destaca-se a importância do profissional de saúde esclarecer as dúvidas referentes à introdução de água antes dos seis meses de vida da criança, orientar quanto à identificação dos sintomas de desidratação, e se caso a criança apresentar algum desses sintomas, recomendar o aumento do número de mamadas com o intuito de suprir

a necessidade de líquido do bebê, além de incentivar o aleitamento materno de forma exclusiva⁽⁵⁾.

A chupeta é uma ajuda para a mãe

Neste estudo, quando questionadas sobre a introdução de chupeta, os resultados sugerem que as mães foram orientadas sobre a sua inadequação, já que em um primeiro momento estas afirmam que não é bom dar este objeto para o bebê:

“Não é bom dá (chupeta), por causa dos dentes... dente fica mal formado... (Pausa) Se pegar o bico é bom, ajuda!” (Mãe 3).

“Não é bom, não! Dizem que é ruim... A arcada dentária... Eu tentei dá (chupeta), mas ela não pegou... É uma ajuda boa... mas é bom, dá pra fazer outras coisas, arrumar casa... Agora! Nem adianta, ela não pega mais não!” (Mãe 7).

“Sei que eles falam que não pode dar (chupeta), mas eu dei!” (Mãe 10).

“Eu tentei dá bico pra ele, mas ele não pegou não... Não que eu acho bom dá, eu acho que não... O bico atrapalha o dente, eu acho que até atrapalha a criança alimentar direito... Mas eu tentei dá pra esse aqui, mas ele não pegou não!” (Mãe 11).

“Eu acho que faz bem mal pra criança, mas eu dou (chupeta)” (Mãe 18).

Não obstante, em um segundo momento, verificou-se que as mães entrevistadas, apesar de serem orientadas sobre os danos do uso de chupetas, optavam pela sua utilização, considerando este objeto uma ajuda, por permitir a realização de outras atividades pela mãe e por *acalmar* e *entretêr* o bebê (principalmente na hora do choro):

“...senão a criança não deixa fazer nada... A gente dá (chupeta) pra entretêr!” (Mãe 1).

“Se pegar o bico é bom, ajuda! Ajuda pra fazer as coisas. Quando a gente tá fazendo alguma coisa, a gente dá e.... dá tempo de fazer tudo” (Mãe 3).

“(A chupeta) É uma ajuda boa... é bom, dá pra fazer outras coisas, arrumar casa” (Mãe 7).

“(A chupeta) ajuda a entertêr. Acho que quando o menino tá chupando bico... Ah! Não sei explicar fica assim mais calado” (Mãe 11)

“Bico já chupa, já! Dô pra ela e ela para de chorar um bucado! (Mãe16).

Um fato importante a ser salientado, resultado da análise dos depoimentos das mães cajurienses e das observações durante a pesquisa de campo referem-se às frustrações das mães que tentaram introduzir a chupeta e a criança não pegou – estas consideram que “perderam uma ajuda” importante no cuidado com o bebê e no auxílio à realização de outras tarefas.

A chupeta por ser considerada um objeto de baixo custo e, conseqüentemente, bastante acessível à maior parte da população brasileira, muitas vezes a sua introdução inicia-se já no primeiro dia de vida da criança^(25,26).

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, publicada em julho 2008, mostram que no Brasil – em 2006 – a prevalência do uso de chupeta entre crianças menores de 24 meses que estavam ou não em aleitamento materno era de 27,6% e 53,6%, respectivamente⁽²⁷⁾.

Segundo Sertório e Silva⁽²⁶⁾, ao analisar os termos utilizados para descrever a chupeta – “*pacifier*” ou “*conforter*” – observa-se que eles fazem referência aos objetivos de seu uso, isto é, “pacificar” ou “confortar” o bebê, principalmente nos momentos de agitação e/ou choro, o que vai ao encontro às percepções destacadas pelas mães entrevistadas no presente estudo.

Outra alegação materna para a utilização deste objeto é o fato dele conseguir acalmar a criança durante a ausência da mãe – pois permite que a criança fique quieta, tranqüila, facilitando o trabalho do cuidador⁽⁶⁾, resultado semelhante ao encontrado no presente estudo.

No tocante às desvantagens do uso da chupeta, observa-se que a utilização deste objeto pode acarretar uma menor duração da amamentação, ou mesmo sua interrupção, devido à “confusão de bicos”, gerada pela diferença entre a técnica de sucção da mama e a de sucção de chupetas^(28,29), o que não foi apontado como fator negativo nos depoimentos das mulheres mães cajurienses.

CONCLUSÃO

Neste estudo procurou-se, a partir da apreensão das representações sociais sobre o aleitamento materno, explorar aspectos que podem influenciar positiva ou negativamente na prática da amamentação e que, geralmente, não são contemplados pelos serviços de saúde.

Sob essa lógica, os significados “*o bebê só chora quando está com fome*”, “*o leite insuficiente*”, “*o leite fraco*”, “*o leite materno não mata a sede do bebê*”, “*a chupeta é uma ajuda para a mãe*”, evidenciam a insegurança da mulher frente ao

aleitamento materno. Destaca-se que estas representações muitas vezes justificam a introdução precoce de outros alimentos e a oferta de chupeta, fatores que acarretam o insucesso da amamentação.

Já as representações “*amamentar é dar o melhor para o bebê*” e “*amamentar ajuda o corpo materno a voltar ao normal*” apresentaram um significado positivo para as mães cajurienses, pois se referem aos benefícios conferidos ao bebê e à mãe, estes aspectos podem servir de estímulo para a mulher-mãe adotar esta prática.

Apesar das diferentes alegações apresentadas, observou-se que o conhecimento do *senso comum* sobre a amamentação das entrevistadas enfocou, na sua grande maioria, aspectos sócio-culturais.

Face aos resultados encontrados, é importante que os profissionais de saúde, que prestam atendimento a este grupo populacional, conheçam o contexto no quais estas mulheres estão inseridas; principalmente suas dúvidas, angústias, mitos e crenças em relação à amamentação, de maneira a refletir e trabalhar questões importantes e presentes no discurso das mães, com o intuito de incentivar e promover o sucesso do aleitamento materno.

É necessário, também, que as políticas públicas em prol da amamentação sejam criadas e desenvolvidas em consonância com a realidade local, considerando as crenças, os mitos e os valores do aleitamento materno, tais como os encontrados no presente estudo (“*o bebê só chora quando está com fome*”, “*o leite insuficiente*”, “*o leite fraco*”, “*o leite materno não mata a sede do bebê*”, “*a chupeta é uma ajuda para a mãe*”, “*amamentar é dar o melhor para o bebê*” e “*amamentar ajuda o corpo materno a voltar ao normal*”, dentre outros), tornando as ações de saúde mais condizentes com as necessidades das mulheres-mães que vivenciam a amamentação, de maneira a desenvolver ações mais eficazes – a favor do aleitamento.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Almeida JAG. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p.120.
2. Nakano, MAS. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. *Cad Saúde Pública*, 2003,19(supl. 2): 355-363.
3. Vaucher ALI, Durman S. Amamentação: crenças e mitos. *Rev Eletrônica de Enfermagem*, 2005, 7(2): 207-214.

4. Silva IA. **Amamentar**: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe, 1997. p.257.
5. King FS. **Como ajudar as mães amamentar**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.189.
6. Gonçalves AC. **Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno**. [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001. p.136.
7. Gusman CR. **Os significados da amamentação na perspectiva das mães**. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo; 2005. p.107.
8. Organização Mundial da Saúde. Fifty-fourth World Health Assembly. **Resolution WHA54.2 - Infant and young child nutrition**. Geneva: World Health Organization, 2001.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Política de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p.152
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Dados Populacionais - 2007**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em: 19 maio 2008.
11. Pope C, Mays N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2 ed., 2005. p.118.
12. Moscovici S. **Representações sociais**: Investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003. p.404.
13. Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 1977. p. 229.
14. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 10 ed., 2006. p. 269.
15. Organização Mundial da Saúde. **Indicators for assessing breastfeeding practices**. Geneva: OMS, 1991. p.1-16.
16. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil/Índice de Desenvolvimento Humano Municipal**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/>.

17. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Ped*, 2003, 79(5): 385-390.
18. Euclides MP. *Aleitamento materno*. In: _____. Nutrição do Lactente: Base científica para uma alimentação adequada. 2 ed. Viçosa, 2000. p.259-346.
19. Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *J Ped*, 2004, 80(5 supl.): 142-146.
20. Lacerda EMA, Leal MC. Fatores associados com a retenção e o ganho de peso pós-parto: uma revisão sistemática. *Rev Bras Epidemiol*, 2004, 7(2):187-200.
21. Giugliani ERJ. *Aleitamento materno*. In: Ducan BB e col. Neonatologia – princípios e práticas. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.513-518.
22. Borges ALV, Phillippi ST. Opinião de mulheres de uma Unidade de Saúde da Família sobre a quantidade de leite materno produzido. *Rev Latino-Am Enferm*, 2003, 11(3): 287-292.
23. Silva MBC, Moura MEB, Silva AO. Desmame precoce: representações sociais de mães. *Rev Eletrônica de Enferm.*, 2007, 9(1): 31-50.
24. Baião MR, Deslandes SF. Alimentação na gestação e puerpério. *Rev Nutr.*, 19(2):245-253, 2006.
25. Tomita NE, Bijella VT, Franco LJ. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. *Rev Saúde Pública*, 2000, 34(3):299- 303.
26. Sertório SCM, Silva IA. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão das mães. *Rev Saúde Pública*, 2005, 39(2):156- 162.
27. Brasil. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
28. Cotrim LC, Venacio SI, Escuder MML. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 2002, 2(3):245-252.
29. Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Ped*, 2003, 79(4):309- 316.

ARTIGO ORIGINAL II:

*REDE SOCIAL: DESVENDANDO A TEIA DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS DA
NUTRIZ*

RESUMO

Estudo qualitativo que se refere à relação da rede social e o fenômeno da amamentação. Como fundamentação teórica, utilizou-se a Teoria da Rede Social descrita por Sanicola (1995), bem como a Teoria das Representações Sociais descrita por Moscovici (2003) e Minayo (2006). Participaram do estudo mães, pais e avós, de crianças até 2 anos, residentes no município de Coimbra - MG. A análise compreensiva da rede social da nutriz revelou que esta pode oferecer apoio/suporte ou não para o sucesso da amamentação. Assim sendo, o apoio recebido foi expresso de várias formas: (1) Auxílio nas atividades domésticas; (2) Ajuda nos cuidados com o bebê; (3) Estímulo ao aleitamento; e (4) Orientações e conselhos. Nessa perspectiva, pensar em rede social implica conhecer o contexto sociocultural no qual a mulher-mãe está inserida, ampliando o olhar sobre a amamentação, além de fornecer subsídios para a formulação de políticas públicas mais eficazes em prol do aleitamento.

Palavras chaves: Aleitamento materno; Família; Profissional de Saúde e Rede social.

ABSTRACT

Qualitative study regards to relation between social system and breastfeeding phenomena. The study was based on the social system theory described by Sanicola (1995) as well as on the social representations theory described by Moscovici (2003) and Minayo (2006). As participants of this study there were mothers, fathers and grandparents of children up to two years old who were living in Coimbra, a city of Minas Gerais state. A comprehensive analysis of nursing mother social system revealed it can or can not give support to breastfeeding success. Thus the support was expressed by different ways such as: (1) housework helping; (2) babysitting; (3) breastfeeding encouragement; (4) orientation and advices. In this way a social system implies realizing which sociocultural context a woman-mother is inserted in. It enlarges the looking over nursing/breastfeeding besides giving subsidies to formulate public politics more efficacious in favour of breastfeeding.

Key words: Breastfeeding; Family; Health professional and Social system.

INTRODUÇÃO

“Nenhum homem é uma ilha, completo em si próprio; cada ser humano é uma parte do continente, uma parte de um todo”.

(John Donne)

“Se fôssemos uma ilha, tudo estaria centrado em nós. Teríamos o mundo em volta e sobreviveríamos. Mas não... não somos uma ilha e precisamos uns dos outros”.

(Leticia Thompson)

Amamentar é uma prática complexa que transcende as vantagens do leite humano, a fisiologia da lactação, a posição correta da mãe e do bebê, a frequência das mamadas, enfim perpassa o aspecto biológico, contemplando o contexto sócio-cultural no qual a nutriz encontra-se inserida e o seu anseio de amamentar.

Sabe-se que a decisão da nutriz de amamentar ou não é influenciada pela experiência de aleitamento materno vivenciada por ela própria ou adquirida através da convivência com outras mulheres que já foram mães, bem como pelo grau de incentivo e apoio de que a mulher que amamenta dispõe¹⁻³.

Nessa perspectiva, conhecer a rede social na qual a nutriz se insere nos permite identificar os indivíduos mais influentes e compreender a interação destas pessoas com a mulher que vivencia a amamentação, suscitando subsídios para o planejamento e execução de novas estratégias que envolvam todos estes atores – peças-chaves – para o sucesso do aleitamento materno^{4,5}.

Dentre as inúmeras influências que a mulher pode sofrer durante esta fase da vida, as principais são a família juntamente com os profissionais de saúde.

Enfocando a família na prática do aleitamento materno, percebe-se que esta exerce um papel ativo, sendo responsável pelas maiores interferências sobre os cuidados com o bebê, com destaque para os mitos repassados de geração para geração, as experiências observadas pela mãe dentro do seio da família, a pressão exercida sobre a mãe, a opinião e a orientação sobre a amamentação e/ou alimentação da criança, de maneira a incentivar ou mesmo a desestimular o aleitamento materno^{1,2,5}.

No âmbito das relações estabelecidas entre o profissional da saúde e a nutriz é possível verificar a existência de um certo grau de empatia e cumplicidade, de modo a estabelecer um vínculo de segurança e apoio^{2,3}. A mulher que amamenta necessita de um profissional sensível, que escute suas dúvidas, desejos e inquietações, que compreenda o aleitamento materno sob o olhar da mulher-mãe-nutriz.

Segundo Rodrigues *et al.* (2006: 278)⁶, “no puerpério a atenção, o carinho e outros cuidados especiais poderão ser fundamentais, por auxiliarem na superação de dificuldades e encorajarem a verbalização de dúvidas e ansiedades”.

Além disso, é de suma importância que o profissional se relacione ao máximo com o ambiente no qual a lactante vive, conciliando a sua assistência com a rede social da nutriz, de maneira a atenuar o aspecto burocrático, automático e biológico que, geralmente, predominam as ações em saúde, valorizando a humanização do serviço, o acolhimento, o vínculo, reconhecendo o papel determinante da família dentro desta prática, trazendo-a para junto de si, com intuito de que o cuidado em saúde seja em prol do aleitamento materno^{2,3,6}.

Diante disso, conhecer todos os aspectos e indivíduos envolvidos no ato de amamentar é fundamental para entendermos as atitudes no processo de amamentação.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi descrever a rede social da nutriz e compreender a relação entre a rede social e o aleitamento materno, permitindo uma visão mais ampla deste fenômeno.

METODOLOGIA

Descrição espaço-temporal e população estudada

A pesquisa foi realizada, no período de outubro a dezembro de 2007, no município de Coimbra – MG, localizado na mesorregião da Zona da Mata. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada de Coimbra, em 2007, era de 6.886 habitantes, distribuída em 107 km² de área territorial⁷.

Em relação às unidades de saúde existentes no município, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, existe atualmente, um Centro Municipal de Saúde que oferece serviços de vacinação, curativos, farmácia, consultas médicas e de emergência, dentre outros. E uma Unidade do Programa de Saúde da Família (PSF), que conta com duas Equipes de Saúde da Família, sendo que uma atende a zona rural e a outra a zona urbana.

Compôs o grupo de estudo 58 mães de crianças menores de dois anos de idade (que representavam 31,72%), 27 pais e 31 avós e/ou outro familiar influente, conforme indicação da nutriz, residentes no município de Coimbra. Todos estes atores sociais relataram seu cotidiano durante o período de puerpério e amamentação.

Desenho do estudo e Coleta de dados

O presente trabalho fundamentou-se nos preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa, por estar relacionada à compreensão dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências e como elas compreendem o mundo em que vivem⁸.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas no domicílio ou no local de trabalho dos entrevistados. As entrevistas foram gravadas após o consentimento das entrevistadas, permitindo assim que as informações coletadas fossem transcritas de forma fidedigna, além de facilitar ao pesquisador retornar a fonte registrada, checar informações e obter novas conclusões.

Como forma complementar, utilizou-se informações anotadas diariamente pelo pesquisador em seu diário de campo.

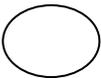
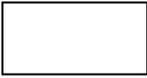
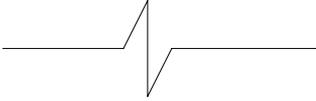
Análise dos dados

O *corpus* de análise dos dados qualitativos foi analisado por meio do método de análise de conteúdo. Esta etapa envolveu três momentos^{9,10}:

- Pré-análise: com o objetivo de operacionalizar e sistematizar as idéias presentes nos depoimentos – apreensão do todo.
- Exploração do material: realizou-se uma releitura das transcrições com o intuito de identificar as unidades de significado;
- Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: visando agrupar as unidades de significado encontradas de acordo com sua semelhança, e a partir daí se propôs inferências e, então se interpretou o fenômeno estudado com base nos dados analisados e no aparato teórico dos pesquisadores.

Com relação à fundamentação teórica, este trabalho utilizou o referencial descrito por Sanicola (1995)⁴ – para construção da rede social (Quadro 1) – bem como, a teoria das representações sociais descrita por Moscovici (2003)¹¹ e Minayo (2006)¹⁰ – para a compreensão da rede social da mulher que amamenta.

Quadro 1: Representação geométrica e gráfica para a construção da rede social

		Tipo de rede
Figura geométrica (Indivíduos ou grupos)		Rede primária (Familiares, companheiro, vizinhos, amigos)
		Rede secundária formal (Instituições de serviços sociossanitários)
		Tipo de vínculo
Representação gráfica (Interação entre as pessoas)		Forte
		Normal
		Frágil
		Conflituosa
		Ruptura, separação
		Indivíduos
Amplitude (Número de indivíduos que compõem a rede social)	Pequena	< 9
	Média	10 - 30
	Grande	> 30

Fonte: Sanicola (1995)

Os dados quantitativos, referentes à caracterização e ao perfil dos entrevistados, foram analisados utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 15.0.

Aspectos éticos

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa – protocolo número 023/2007 – em consonância com o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da população estudada

Das 58 mães entrevistadas, 10,3% eram adolescentes (faixa etária de 16 a 19 anos) e 5,2% tinham mais de 35 anos; a média de idade materna foi de $25,29 \pm 5,41$ anos (Mediana: 24 anos; Mínimo: 16 anos; Máximo: 37 anos).

Quanto à ocupação, as mulheres-mães entrevistadas em sua maioria eram donas de casa; outras tinham como ocupação, trabalhos manuais como os de costureira,

bordadeira e doceira; outras ainda eram empregadas domésticas, babás, faxineiras, comerciantes e lavradoras.

Verificou-se, também, que a maioria das famílias coimbrenses estudadas apresentou uma divisão básica de trabalho, isto é, o companheiro era o responsável pelo sustento da mulher e dos filhos e a mulher-mãe-esposa era responsável pelas tarefas domésticas e o cuidado dos filhos. Segundo Bott (1976)¹², esta divisão de papéis (masculino e feminino) é uma característica de um relacionamento conjugal segregado, em que as atividades exercidas pelo casal são complementares e independentes, o que pode ser ilustrado pela fala de um dos entrevistados transcrita a seguir:

“Desde que ela optar por ter um filho, ela sabe que a amamentação faz parte daquela vida dela. (...) já que ela optou ser mãe, agora tem que arcar com as conseqüências, entendeu! É olhar que ela tem um filho, que a vida não é mais aquela normal” (Pai 7).

Em relação à renda familiar, a média de ganho mensal era de R\$504,25 ± 297,34. Ressalta-se que a mediana da renda familiar mensal foi de R\$380,00 – um salário mínimo de referência no período em que ocorreu o estudo – (Mínimo: R\$85,00; Máximo: 1.425,00).

A média de idade paterna foi de 32,30 ± 7,26 anos (Mediana: 30 anos; Mínimo: 23 anos; Máximo: 47 anos). Já a média de idade do familiar influente entrevistado foi de 55,74 ± 11,27 anos (Mediana: 54 anos; Mínimo: 36 anos; Máximo: 84 anos), sendo que destes 61,3% eram avós maternas, 35,5% avós paternas e 3,2% eram bisavós maternas. Quanto ao sexo, 96,8% dos entrevistados eram do sexo feminino.

Cabe destacar que 67,2% das mães, 96,3% dos pais e 71,0% das avós foram amamentados, o que pode confirmar a idéia de que o aleitamento materno é uma prática repassada através das gerações, visto que 93,1% das mães entrevistadas amamentaram ou estavam amamentando seu filho.

Esse resultado reforça os achados de Primo & Caetano (1999)¹³ e de Teixeira (2005)¹⁴, onde se destaca que o aleitamento materno era tido como um exemplo a ser seguido – uma tradição familiar – *“já que minha avó amamentou e minha mãe também, conseqüentemente, eu irei fazê-lo”*¹³.

Outras informações sobre perfil socioeconômico dos entrevistados estão dispostas na Tabela 1.

Tabela 1: Características socioeconômicas de mães, pais e avós de crianças menores de 2 anos, residentes no município Coimbra, MG, 2007.

		Mãe		Pai		Avó	
		n	%	n	%	n	%
Escolaridade	Analfabeto	-	-	1	3,7	6	19,4
	1 ^a a 4 ^a incompleto	7	12,1	3	11,1	11	35,5
	1 ^a a 4 ^a completo	8	13,8	8	29,6	9	29,0
	5 ^a a 8 ^a incompleto	18	31,0	6	22,2	2	6,5
	5 ^a a 8 ^a completo	6	10,3	2	7,5	2	6,5
	Ensino médio incompleto	5	8,6	-	-	1	3,2
	Ensino médio completo	11	19,0	4	14,8	-	-
	Ensino superior incompleto	2	3,4	3	11,1	-	-
	Ensino superior completo	1	1,7	-	-	-	-
Estado civil	Solteiro	8	13,8	2	7,4	2	6,5
	Casado	30	51,7	17	63,0	17	54,8
	Amigado	19	32,8	7	25,9	1	3,2
	Divorciado	1	1,7	-	-	1	3,2
	Viúvo	-	-	1	3,7	10	32,4
Trabalha	Sim	10	17,2	25	92,6	2	6,5
	Não	48	82,8	2	7,4	29	93,5
Aposentado	Sim	-	-	1	3,7	13	41,9
	Não	58	100,0	26	96,3	18	58,1
Contribui para a renda familiar	Sim	10	17,2	26	96,3	4	12,9
	Não	48	82,8	1	3,7	27	87,1

Rede social

O aleitamento materno é uma prática que deve ser iniciada logo após o nascimento da criança. Contudo, a amamentação não se resume em colocar a criança no peito e amamentar, esta vai além do instinto, é uma prática que precisa ser apreendida durante a vivência do ser mulher^{15,16}.

Não obstante, o aleitamento materno não é uma responsabilidade só da mãe, mas de vários agentes, demandando apoio de uma rede social¹⁷.

De acordo com Capra (1996: 48)¹⁸, “quando percebemos a realidade como uma rede de relações, nossas descrições também formam uma rede interconectada de concepções e de modelos”.

Assim sendo, o estudo da rede social da nutriz contribui para o conhecimento das questões socioculturais, bem como dos indivíduos envolvidos no cotidiano da mulher-mãe durante a amamentação¹⁹. Esse e outros aspectos da rede social das lactantes de Coimbra serão apresentados a seguir.

Composição da rede social da nutriz

O mapa da rede social da maioria das mulheres-mães residentes na zona urbana de Coimbra (Figura 1) evidencia uma rede de *amplitude média*, sendo que a distância afetiva e o grau de intimidade da maior parte das pessoas que formam a rede são familiares, indivíduos que vivem próximos à mulher-mãe, e o pai da criança – todos estes elementos da *rede primária*.

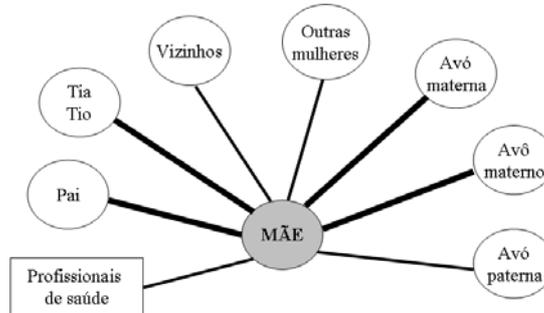


Figura 1: Rede social típica do meio urbano de Coimbra, MG (2007).

Já o mapa da rede social da maioria das mulheres-mães residentes na zona rural de Coimbra (Figura 2), apresenta-se como uma rede de *amplitude pequena*, sendo que a distância afetiva e o grau de intimidade foi semelhante a das mulheres-mães residentes na zona urbana do município em estudo.

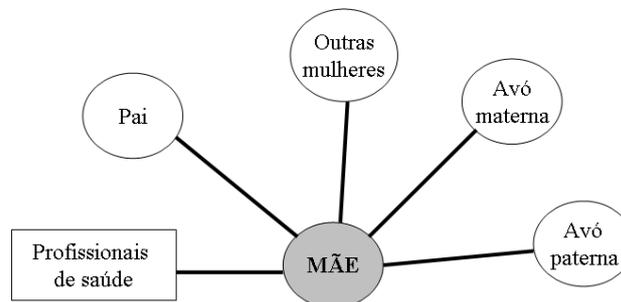


Figura 2: Rede social típica do meio rural de Coimbra, MG (2007).

Analisando os mapas da rede social (Figura 1 e 2) pode-se perceber que a *amplitude* da rede das mulheres residentes na zona urbana foi maior quando comparada com as residentes na zona rural, o que pode ser explicado pela menor distância física (em quilômetros) entre vizinhos, familiares e a nutriz.

Com relação à *rede secundária*, esta foi similar para as mulheres-mães entrevistadas tanto da zona rural quanto da urbana, independente do local em que habitam (Figura 1 e 2). Esta rede secundária foi constituída por profissionais de saúde que prestaram atendimento à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, com destaque aos profissionais que faziam parte do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Coimbra.

É importante destacar que após o parto, a mulher-mãe está mais vulnerável às inúmeras influências do seu meio, devido às mudanças decorrentes da maternidade e da amamentação, porém é justamente neste período que as nutrizes mais recebem o auxílio de familiares^{5,14}.

Segundo Gusman (2005)²⁰, a maneira com que a família define quais e quem são suas prioridades, bem como sua forma de *olhar e valorizar a mulher e a criança* podem ajudar ou não na decisão de amamentar.

Além disso, é no pós-parto que a assistência em saúde faz-se determinante, destacando-se o papel do profissional enquanto facilitador/educador, devido às dificuldades e dúvidas com que as nutrizes se deparam, bem como sua necessidade de escuta, de diálogo, de apoio e de orientação⁶.

O profissional de saúde precisa reconhecer a influência do contexto social e cultural na decisão materna de amamentar ou não seu filho, levando em consideração estas questões no dia-a-dia da atenção sanitária e do cuidado em saúde. É necessário, portanto, que o profissional se aproxime do cotidiano da mulher-mãe, reconhecendo e valorizando a rede social da nutriz, visando obter uma assistência de qualidade que incentive o aleitamento materno².

Tipo de vínculo entre os membros da rede social e a nutriz

Segundo Lacerda *et al.* (2006: 445)²¹, rede social é “*mais que um simples agrupamento de pessoas, é uma teia de relações na qual os sujeitos estão conectados pelos laços ou vínculos sociais*”. Sendo assim, o universo materno deve ser visto como uma teia dinâmica de eventos inter-relacionados¹⁸.

Sabe-se, ainda, que esta *teia de relações* se inicia logo nos primeiros momentos da existência do ser humano, sendo que a sua primeira relação interpessoal ocorre dentro do ambiente familiar, geralmente com os pais, depois nos relacionamos com outros indivíduos e/ou instituições, tais como parentes, vizinhos, amigos, escola, posto de saúde, dentre outros²².

No presente estudo, no que toca ao relacionamento entre a mulher-mãe da zona urbana e os membros que fazem parte do seu meio durante o aleitamento materno, nota-se a presença de *vínculo forte* com o seu companheiro, seus pais [avós da criança] e irmãos [tio(a) da criança] e um *vínculo normal* com sua sogra, outras mulheres (cunhadas, amigas), vizinhos e profissionais de saúde (Figura 1).

Já o tipo de vínculo entre a mulher-mãe da zona rural e os membros que compõem sua rede social durante a amamentação, este foi considerado *normal* para todos os indivíduos citados (Figura 2).

Não obstante, cabe destacar que as redes sociais encontradas, tanto na zona urbana quanto na zona rural, apresentaram vínculos positivos com relação aos elementos da *rede primária e secundária* (Figura 1 e 2). Este resultado reitera o fato de que “as redes muitas vezes se configuram de tal modo que os vínculos que unem os membros da rede fornecem apoio social, constituindo, assim, as redes de apoio social”²¹.

Contudo, uma pequena parcela das mães residentes na zona urbana apresentou uma rede social constituída por vínculos positivos e negativos (Figura 3). Os membros que apresentaram vínculos negativos com a nutriz foram: o pai da criança (sem vínculo: *ruptura/separação*), irmãos e outras mulheres [cunhadas, amigas...] (*vínculo conflituoso*) e sua sogra – avó paterna – (*vínculo frágil*).

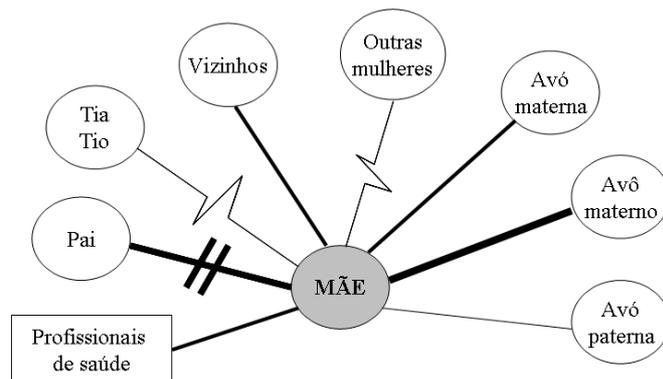


Figura 3: Rede social do meio urbano de Coimbra, MG (2007).

Para que uma rede social seja uma rede de apoio é necessário que haja um provedor – pessoa que propicie sentimento de proteção e apoio – e um receptor – indivíduo que receba essa proteção e apoio, estabelecendo assim um processo ativo de troca e reciprocidade em que cada um desempenha o seu papel^{21,22}. Pelos relatos maternos destacados a seguir observa-se a fragilidade dos vínculos estabelecidos e, até mesmo, a falta de apoio:

“Ah! Sogra falava (entrevistada faz uma cara feia)... oh! É assim que você tem que... O que eu acho que tava certo, eu fazia. O que eu acho que tava errado é lógico que eu não vou fazer” (Mãe 9).

“O pai dela (da filha) como se diz, geralmente... depois que eu contei pra ele a verdade (que estava grávida), ele pulou fora” (Mãe 13).

“Aquele ali (pai da criança), não quero nem vê. A relação é péssima!” (Mãe 17).

“Dei de mamá até seis meses. Dava só o peito... água eu dei depois de velha, depois dos seis meses. Chá, eu nunca dei... Parei (de amamentar) porque... eu não ia tirar não, mas minha cunhada ficou falando que não tava sustentando ela, aí fui obrigada a tirar” (Mãe 50).

Desse modo, a análise das falas maternas juntamente com o mapa da rede social de uma pequena parcela das lactantes (Figura 3) demonstra que nem toda rede social funciona como uma rede de apoio ou de suporte social.

Tipo de apoio prestado pela rede primária à nutriz

Para Lacerda *et al.* (2006)²¹, a rede de apoio envolve *o dar e o receber* entre sujeitos que compartilham *interesses em comum*, o que está representado neste estudo, pelo sucesso do aleitamento materno.

Segundo Campos (2005)²², este *dar* pode ser expresso de várias formas: (1) Apoio emocional; (2) Prestação de serviço; (3) Informação, orientação, conselho; (4) Familiaridade; (5) Acolhimento, cuidado; (6) Companheirismo; dentre outros.

A nutriz ao *receber* apoio de parentes percebe a importância destes como suporte essencial para o sucesso da amamentação^{19,23}.

A ajuda nas atividades cotidianas cria um ambiente mais tranquilo, menos sobrecarregado para a mulher, favorecendo o desempenho da mulher em seu novo papel – o de mãe – o que permite, também, uma maior dedicação à amamentação²³.

No presente estudo, uma das formas de apoio relatadas pelos entrevistados refere-se ao auxílio nas atividades do lar e no cuidado com a criança, principalmente, o pós-parto imediato, conforme se destaca a seguir:

“Minha sogra, minha mãe que veio pra cá. Minha mãe deu banho nela, curou umbigo. Minha sogra fazia o serviço da casa, lavava a roupinha” (Mãe 40).

“Meu marido, minha mãe (ajudaram)... pegava ele pra mim, balançava... com a casa, assim... eu ganhava tudo na mão, né, eles faziam tudo pra mim” (Mãe 53).

“(Ajudei) em tudo. Ajudava arrumar casa... até mesmo o imbigio foi nós que tratamo, curamo... (...) A gente aprendeu pelo PS... PSF, né, a gente vinha na palestra e

ensinava dá banho... eu fui uma vez só... eu gostei, muito bom! Foi uma coisa que ajudou muito as mães...” (Pai 9).

“Ajudei! Ih! Na época que minha mãe não morava aqui (quando ela tava de resguardo), eu ajudei lavar roupa, cuidar dos menino tudo, tudo eu fiz. Fazia comida, eu lavava, cozinhava, tomava conta dos menino” (Pai 10).

“Eu ajudo, depois que ela ganhou, eu ajudo! (Pausa) Quando ela ganhou nenê eu também cozinhava, lavava roupa, arrumo casa” (Avó 10).

“Ajudei. Dava banho, cuidava da casa, cuidava das outras crianças” (Avó 27).

Os dados apreendidos neste estudo estão de acordo com aqueles encontrados por Gusman (2005)²⁰ e Brito & Oliveira (2006)²⁴, que ressaltam que as atividades antes consideradas como atividades femininas passaram a ser realizadas pelo pai da criança, após o seu nascimento.

Outro apoio demonstrado pelos entrevistados da *rede primária* veio por meio de conselhos e orientações, conforme se ilustra nas falas que se seguem:

“Isso aí (conselho) é o que mais tem (Risos). Cada um fala uma coisa. Assim, por exemplo, quando ela tava novinha, assim cada um fala... na hora de mamá, fechar o quarto, ficar sozinha, no silêncio” (Mãe 10).

“Minha mãe também deu (conselho). Explicava tudo, como dava banho... Ela explicou tudo! Minha vó também me dava conselho sobre o menino” (Mãe 12).

“Conselhos!? (Já dei) muitos. Dessa vez, ela já tentou parar de dá mamá pra dá mamadeira e eu falei: Não, vai tentando, vai dando mamá pra ele. (Pausa) Eu tento ajudar ela o máximo pra criança ficar saudável” (Pai 9).

“Ajudei... (...) Orientei muito ela, ensinei ela... assim, quando ela falava que tava doendo o peito, eu insistia com ela até ela deixar ele chupá” (Avó 3).

“Ajudei ela sim, ajudei muito. Eu acho que ela não ajeitava. (Pausa) Eu colocava a menina no peito pra ela, porque ela não conseguia” (Avó 6).

Esses depoimentos mostram a valorização dada pelos atores ao seu papel de facilitadores, participantes do cotidiano da nutriz. No estudo de Gonçalves (2001)²³, os conselhos e orientações recebidos pela nutriz foram considerados um importante estímulo à amamentação.

Tipo de apoio prestado pela rede secundária à nutriz

O relacionamento entre o profissional de saúde e a nutriz, segundo Waldow (2004: 133)²⁵, é caracterizado pela “*relação entre ser que necessita cuidado e ser que tem, legalmente, a obrigação moral de cuidar, implicando comportamento de responsabilidade e o uso de conhecimento e habilidades aprendidas formalmente em uma instituição formadora*”.

O ser que cuida *para* e *com* outro ser precisa exercer um cuidado individual e personalizado, em que a ausência de juízo de valor ao escutar o ser cuidado, a empatia, a disponibilidade, a confiança, o diálogo, a alteridade e a compaixão são aspectos fundamentais para que o cuidado transcenda o biológico, abrangendo dimensões sociais e culturais do ser^{6,25}.

Quanto ao suporte dado pelos profissionais de saúde à nutriz, as mães entrevistadas, em sua maioria, relatam que receberam informações, orientações e conselhos sobre o aleitamento materno:

“Ah! Dra. orientou. Ela falou pra gente não dá outro leite, né! Pra continuar dando o peito, que não tem leite fraco, não tem leite forte, que o leite é muito importante pra ela e que não é pra tirar” (Mãe 3).

“(A pediatra) Falou pra ficar só no aleitamento... (Pausa) Era só o básico mesmo, o que a gente tá acostumada a ouvir que... só no peito até seis meses, sem água, sem chá, sem suco...” (Mãe 7).

“A enfermeira me ensinou como dá mamá, aí ela me ensinou o aleitamento, a posição direitinho, ela deu banho nele pra mim, que eu tava com medo, por causa do umbigo. Depois, me ensinou e eu dei banho direitinho. Ela me explicou direitinho como limpar o umbigo e tudo” (Mãe 18).

“Falou... sempre fala... igual meu leite não tava sustentando ela... aí, a falava que tinha que insistir a dá, porque não podia parar” (Mãe 40).

“A agente sempre dá conselho... me dá até uns puxão de orelha, quando tô fazendo uma coisa errada” (Mãe 54).

Não obstante, é importante observar nas falas maternas que as questões abordadas pelos profissionais de saúde são, normalmente, aquelas relacionadas com as principais dúvidas da mulher que amamenta, e que, muitas vezes, levam à interrupção precoce do aleitamento materno, tais como o mito de *leite fraco, leite insuficiente, leite não sustenta*.

Rede social e amamentação

Dentre os fatores que contribuem para a interrupção precoce do aleitamento materno, a influência externa é um deles, sendo que a família e o pai da criança muitas vezes podem decidir o rumo da alimentação da criança, pois a sua opinião é considerada fundamental para a nutriz^{1,5,24}.

Além disso, segundo Gonçalves (2001)²³, a ajuda de terceiros à nutriz pode ser motivada pela crença que o leite materno é o melhor alimento para a criança.

De forma geral, os pais e os avós entrevistados (zona urbana e rural) percebiam o aleitamento materno de forma positiva, demonstrando preocupação com o bem-estar do bebê, destacando-se o fato de que crianças que mamam/mamaram no peito são mais saudáveis do que aquelas que não mamam/mamaram. A seguir se destaca alguns depoimentos ilustrativos:

“Ah! Porque, como diz os outros, o leite materno é fonte de vida da criança, através dele, né, evita muitas doenças” (Pai 1).

“(É importante minha mulher amamentar) primeiro pela saúde da criança, segundo que precavam é... de tudo quanto é bactéria, muita coisa, precavam o menino. Eu tenho esse exemplo em casa, pelo meu lá, porque mamou até os seis mês completo, ta lá firme e forte! Você viu ele? Ele é sapeca demais! Acho que pro crescimento da criança, o desenvolvimento dele, né! Não só o desenvolvimento físico, mas também o desenvolvimento mental” (Pai 7).

“Acho vantagem ela dá mamá a menina dela no peito, porque eles falam que é muito bão. Bão pra saúde, a criança cresce saudável...” (Avó 7).

“Eu sempre falo com ela pra dá mamá até seis mês, porque é bom, né! (...) é bom porque é o mesmo que uma vacina, né, pra saúde da criança. Criança que mama no peito tem muito mais saúde do que não mama. Isto eu já tenho experiência!” (Avó 28).

Vale ressaltar que não houve relatos referentes aos possíveis aspectos negativos do aleitamento materno.

As atitudes podem ser reflexo da abordagem adotada nas ações de promoção da amamentação que ainda são regidas pelo paradigma de 1980 – as quais enfocam somente as vantagens para o bebê²⁶. Contudo, sabe-se que a amamentação não oferece benefícios só para o bebê, mas também para a mãe, a família e o Estado²⁷.

Há que se salientar ainda, a importância de que os profissionais de saúde abordem o aleitamento materno em todas as suas dimensões, de forma a contemplar a importância de amamentar, as vantagens do aleitamento materno, bem como as dificuldades que a mulher-mãe pode encontrar ao optar amamentar seu filho.

Relacionamento conjugal e amamentação

O nascimento de um filho e o início da amamentação podem alterar a dinâmica de vida dos cônjuges^{20,24,28}.

Neste estudo, em relação ao relacionamento com o companheiro após o nascimento da criança, os casais entrevistados (zonas urbana e rural), em sua maioria, relataram que o aleitamento materno em si não interferiu no seu relacionamento conjugal.

“Tem família que muda muito, pra mim não mudou muito não, mesma coisa” (Pai 8).

“Continuou a mesma coisa. Não mudou nada, não teve nada diferente não!” (Mãe 1).

“Continua sempre muito bom!” (Mãe 2).

“Tá mesma coisa. Ele trata comigo a mesma coisa que tratava antes” (Mãe 12).

Algumas mulheres-mães que mencionaram mudança no relacionamento consideraram positivamente a ajuda do companheiro durante o aleitamento materno como um reforço para os laços entre o casal e um auxílio na decisão de amamentar.

“Ah! Mudou, mudou pra melhor (Risos). Acho que de certa forma é um apoio de eu tive dele...” (Mãe 8).

“Melhorou. No começo, a gente fica cansada, fica sobrecarregada... o menino fica chorando... (Ele) ajudou muito em dá de mamá, ele foi muito presente, sabe” (Mãe 9).

“Eu acho que ficou mais forte, porque um filho liga muito, né! [Pausa] (Ele) Ajudou, porque ele me ajudava a dá mamá ela. Quando o peito enchia muito, ele tirava com a bombinha...” (Mãe 26).

“Eu não sabia esse lado dele de carinho com os menino (...) ele se soltou mais... ajuda a dá de mamá, porque parece que incentiva, né! (...) (Ele) me deu bastante apoio” (Mãe 31).

“Bem melhor... com certeza. Se a relação tiver ruim, a gente não consegue dá mamá” (Mãe 41).

Ressalta-se que o marido, neste ponto de vista, é uma fonte de apoio e de suporte para a nutriz, pois como relatado por uma delas, *se a relação estiver ruim, a mulher não consegue exercer seu papel de mãe em sua plenitude, pois ela não consegue dá mamá.*

Observou-se também em alguns depoimentos de pais e mães, residentes na zona urbana, o sentimento de competição para com seus filhos no que diz respeito ao amor, a atenção dispensada pelo(a) companheiro(a) ao bebê. Por conseguinte, este tipo de sentimento pode ser atribuído ao ciúme ou mesmo ao sentimento de exclusão do binômio marido-mulher e inclusão de uma terceira pessoa, formando um trinômio mãe-pai-bebê, o que pode ser comprovado nos depoimentos dos entrevistados que se seguem:

“Ah! Acho que ficou dividido assim... o amor... de pai e de mim com ela” (Pai 2).

“Na verdade assim... a atenção divide, né! Por mais que a gente não queira, mas, né! (Pausa) Assim... em um ponto acaba sendo um pouco ruim, você acaba dividindo uma coisa que era só dela... você tem que dividir... mas não tem como controlar isso” (Pai 6).

“Ah! Que mudou, mudou... mas assim... muda um pouco, porque a gente dá mais atenção pro menino... muda sim... mudar, muda pra todo mundo, não tem como não! Tem hora que a gente tá conversando e eles entram no meio, aí tem que dá atenção pra eles” (Mãe 5).

“Ah! No começo tem muita diferença, né, porque só os dois, né, tipo era só ele e eu... depois que ganha, você sente diferença sim... aí depois melhora... porque sem querer a gente toda vez que chegava dentro de casa era eu. E eu chegava pra vê ele... agora é: ah! Cada ela (filha do casal), aí depois vem eu... a primeira atenção é pra ela... depois já muda, a gente acostuma com a idéia de ter outra pessoa junto da gente” (Mãe 16).

Esses relatos revelam que os pais percebem a chegada do filho como um fator gerador de possíveis conflitos, hoje vistas as modificações ocorridas no cotidiano do casal. Deste modo, o sentimento de competição e de ciúme podem influenciar de forma negativa o olhar da mãe para a amamentação do seu filho.

Assim sendo, os resultados desse estudo vão ao encontro dos estudos de Duarte (2005)²⁸ e Brito & Oliveira (2006)²⁴, onde encontrou-se que o nascimento de um filho interferiu tanto reforçando ou enfraquecendo os laços afetivos entre o casal.

CONCLUSÃO

O aleitamento materno demonstrou-se fortemente influenciado pela rede social na qual a nutriz está inserida.

A rede social das entrevistadas foi composta por familiares, pessoas que viviam próximas à mulher-mãe, pai da criança e profissionais de saúde, sendo que estes indivíduos estabeleceram, com a nutriz, vínculos positivos e negativos. Nesse sentido, observou-se que a rede social funcionou tanto como uma rede de apoio, quanto como uma rede geradora de possíveis conflitos, que podem influenciar as atitudes das mulheres frente à amamentação.

Sob esta lógica, é de suma importância, a inserção dos indivíduos que compõem a rede social da nutriz nas atividades de educação em saúde durante a gestação e o puerpério, o que implica estar atento e compreender a percepção destas pessoas sobre a amamentação, bem como a interferência destes na decisão da lactante de amamentar ou não seu filho.

Mudanças são necessárias nas práticas de saúde no que tange à proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Nesse sentido, o estudo aqui desenvolvido, pode servir de subsídio para a formulação de novas políticas públicas que abordem uma visão ampliada da amamentação, envolvendo e incluindo todos os membros da rede social da nutriz, já que estes contribuem para o sucesso ou insucesso desta importante prática.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Poli LMC, Zagonel IPS. Prática do aleitamento materno: a cultura familiar na transferência de conhecimento. **Fam. Saúde Desenv.** 1999, 1(1/2): 33-38.
2. Silva IA. O profissional re-conhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. **Fam. Saúde Desenv.** 2001, 3(1): 7-14.
3. Rezende MA, Sigaud CHS, Veríssimo MDLÓR, Chiesa AM, Bertolozzi MR. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Rev. Latino-Am. Enferm.** 2002, 10(2): 234-238
4. Sanicola L. **L'intervento di rete. Una innovazione nel lavoro sociale. in Reti sociali e intervento professionale.** Napoli: Liguori Editore, 1995. p. 101-111.
5. Barreira SMC, Machado MFAS. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. **Acta Sci Health Sci.** 2004, 26(1): 11-20.

6. Rodrigues DP, Fernandes AFC, Silva RM, Rodrigues MSP. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto Contexto Enferm.** 2006, 15(2): 277-286.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Dados Populacionais - 2007.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php> (Acessado em 05/mai/2008).
8. Pope C, Mays N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2 ed., 2005. p.118.
9. Bardin L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: edições 70, 1977. p. 229.
10. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 10 ed., 2006. p.269.
11. Moscovici S. **Representações sociais: Investigações em psicologia social.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003. p.404.
12. Bott E. **Família e rede social.** Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A., 1976. p.320.
13. Primo CC, Caetano LC. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. **J. Pediatria,** 1999, 75(6): 449-455.
14. Teixeira MA. **Meu neto precisa mamar! E agora? Construindo um cotidiano de cuidado junto a mulheres-avós e sua família em processo de amamentação: um modelo de cuidar em enfermagem fundamentado no interacionismo simbólico.** [Dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2005. p.235.
15. Almeida JAG. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p.120.
16. Abrão ACFV. Amamentação: uma prática que precisa ser aprendida. **Pediatria,** 2006, 28(2): 79-80.
17. Fracolli LA, Maeda ST, Brites PR, Sepúlveda SCF, Campos CMS, Zoboli ELCP. A visita domiciliária sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no Programa de Saúde da Família: um relato de experiência. **Rev. Eletr. Enferm.,** 2003, 5(2): 78-82.
18. Capra, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos.** São Paulo: Cultrix, 1996. p.256.

19. Souza MHNS. **A mulher que amamenta e suas relações sociais:** uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio. [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006. p.175.
20. Gusman CR. **Os significados da amamentação na perspectiva das mães.** [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo; 2005. p.107.
21. Lacerda A, Valla VV, Guimarães MB, Lima CM. **As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas saúde-doença.** In: Pinheiro R, Mattos RA. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.446-457.
22. Campos EP. **Quem cuida do cuidador:** uma proposta para os profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2005. p.148.
23. Gonçalves AC. **Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno.** [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001. p.136.
24. Brito RS, Oliveira EMF. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. **Rev Gaúcha Enferm**, 2006, 27(2): 193-202.
25. Waldow VR. **O cuidado na saúde:** as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2004. p.237.
26. Amorim STSP. Alimentação infantil e o marketing da indústria de alimentos, Brasil, 1960-1988. **História: Questões & Debates**. 2005, 42: 95-111.
27. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. **J. Pediatria**, 2000, 76(3 supl.): 238-252.
28. Duarte GA. **Vivências de casais com o aleitamento materno do primeiro filho.** [Tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2005. p.133.

ARTIGO ORIGINAL III:

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE NUTRIZES SOBRE O HÁBITO ALIMENTAR

RESUMO

Objetivo: Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, que buscou compreender os significados atribuídos pelas mulheres ao hábito alimentar, no que se referem às proibições, permissões e lactogogos durante o aleitamento materno. **Métodos:** Como fundamentação teórica, utilizou-a Teoria das Representações Sociais descrita por Moscovici (2003) e Minayo (2006). Participaram do estudo 58 mães de crianças até 2 anos residentes no município de Coimbra - MG. **Resultados:** A análise compreensiva da alimentação revelou que para as mães entrevistadas havia a necessidade de uma alimentação especial durante o puerpério, sendo esta composta de alimentos considerados saudáveis, fortes, lactogênicos, além da ingestão de líquido. Ainda, em relação à dieta da lactante, os alimentos *quentes, reimosos, gordurosos* deveriam ser evitados. **Conclusão:** Nessa perspectiva, pensar em alimentação nesta fase fisiológica da mulher implica conhecer os aspectos histórico, social e cultural que interferem na escolha alimentar, permitindo assim entender seus hábitos e crenças para que a atuação profissional seja adequada ao grupo atendido e ao contexto no qual ele se insere.

Palavras chaves: Aleitamento materno; Puerpério; Hábito alimentar; Antropologia da alimentação; Representação social.

*SOCIAL REPRESENTATION OF NUTRIZ EATING HABIT***ABSTRACT**

Objective: Qualitative study about the meaning of adequate nurturing or eating habits related to prohibitions, agreements and *lactogogos* matters in breastfeeding attributed by women. **Methods:** It was based on a social representation theory described by Moscovici (2003) and Minayo (2006). As participants of the study there were 58 mothers of children up to 2 years old living in Coimbra, a city of Minas Gerais state. **Results:** A comprehensive analysis of feeding showed that to the interviewed new mothers there was need of a special diet during postpartum based on a healthy, strong and lactic food, besides more fluid. Regarding to nursing woman diet, it must be avoided hot, creamy and fatty food. **Conclusions:** In this perspective to think of feeding during this physiological phase of woman implies to know some cultural, social and historical aspects which interfere in the eating habits. Thus it becomes the understanding of new mothers habits and beliefs possible in order to give an adequate professional assistance to the group inserted on its context.

Key words: Breastfeeding; Postpartum; Eating habit; Anthropology of feeding; Social representation.

INTRODUÇÃO

O ato de se alimentar é essencial para a sobrevivência do ser humano, sendo esta uma *necessidade básica e vital* para a manutenção da vida.^{5,10}

A alimentação é uma prática complexa que ultrapassa o comer em si, contemplando, assim, além dos aspectos biológicos, fatores históricos, sociais, culturais e psicológicos.^{6,20,24}

Devido a esta complexidade, o ato de se alimentar vem sendo objeto de estudo de diversas disciplinas, como a Sociologia, a Antropologia, a Psicologia, a Epidemiologia, a Nutrição, a Saúde Coletiva, entre outras, o que vem permitindo a ampliação do olhar em relação a este fenômeno.^{7,21}

Segundo Braga (2004: 39)⁴, *“nossos hábitos alimentares fazem parte de um sistema cultural repleto de símbolos, significados e classificações, de modo que nenhum alimento está livre das associações culturais que a sociedade lhes atribui”*.

Assim sendo, a cultura exerce influência sobre a escolha dos alimentos, cabendo a ela definir o que é ou não comestível, o que é permitido e o que é proibido.^{4,5} Segundo Filho, Spanhol e Oliveira (2007: 3)¹⁰, a cultura determina *“o que se come, com quem, quando, como e onde se come”*.

Para Woortmann (1978: 4)²⁴, a alimentação faz parte de um *“sistema cognitivo e simbólico que define qualidades e propriedades dos alimentos e dos que se alimentam, qualidades e propriedades estas que tornam um alimento indicado ou contra-indicado em situações específicas, que definem o seu valor como alimento, em função de um modelo pelo qual se conceitua a relação entre o alimento e o organismo que o consome e que definem simbolicamente a posição social do indivíduo”*.

No tocante à *relação entre o alimento e o organismo que o consome*, a mulher – durante a menstruação, a gravidez, o parto, o puerpério e a menopausa – necessita de uma atenção especial para com as suas escolhas alimentares, pois nestes estados fisiológicos a alimentação é repleta de significação cultural, permissões e proibições.^{2,6,24}

Mais especificamente, quanto ao hábito alimentar da nutriz, os alimentos permitidos e proibidos tem como objetivo a recuperação da mulher, bem como o incremento no volume e na qualidade do leite materno produzido.^{2,9}

Diante disso, conhecer os fatores envolvidos no hábito alimentar da nutriz é fundamental para entendermos a seleção ou mesmo a exclusão de alguns alimentos da sua dieta.

Sendo assim, tendo em vista a escassez de trabalhos sobre o tema e a relevância de se conhecer o hábito alimentar da nutriz através da perspectiva daquela que o vivencia, o objetivo do presente estudo foi conhecer e analisar as representações sociais relativas ao hábito alimentar da mulher que amamenta, no que se refere às proibições, permissões e lactogogos, visando a compreensão das escolhas alimentares durante o aleitamento materno.

METODOLOGIA

Descrição espaço-temporal e população estudada

A pesquisa foi realizada no período de outubro a dezembro de 2007, no município de Coimbra – MG, localizado na mesorregião da Zona da Mata. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada de Coimbra, em 2007, era de 6.886 habitantes, distribuída em 107 km² de área territorial.^{14,15}

Ressalta-se que, hoje, o Brasil apresenta 5.564 municípios, sendo que 71,3% destes municípios são considerados de pequeno porte, ou seja, 3.970 municípios brasileiros têm população de até 20 mil habitantes. Esses dados reforçam a importância dos pequenos municípios – principais protagonistas – na implementação e gestão do SUS, não podendo ser excluídos da lista de prioridades.⁸

Em relação às unidades de saúde existentes no município, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, existe atualmente, um Centro Municipal de Saúde que oferece serviços de vacinação, curativos, farmácia, consultas médicas e de emergência, dentre outros; e uma Unidade do Programa de Saúde da Família (PSF), que conta com duas Equipes de Saúde da Família, sendo que uma atende a zona rural e a outra a zona urbana.

Compôs o grupo de estudo 58 (31,72%) das mães de crianças menores de dois anos de idade residentes no município de Coimbra, que relataram seu cotidiano durante o período de puerpério e aleitamento materno.

Desenho do estudo e Coleta de dados

O presente trabalho fundamentou-se nos preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa, por estar relacionada à compreensão dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências e como elas compreendem o mundo em que vivem.¹⁹

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas no domicílio das entrevistadas. As entrevistas foram gravadas após o consentimento das

entrevistadas, permitindo assim que as informações coletadas fossem transcritas de forma fidedigna, além de facilitar ao pesquisador retornar a fonte registrada, checar informações e obter novas conclusões.

Como forma complementar, utilizou-se informações anotadas diariamente pelo pesquisador em seu diário de campo.

Análise dos dados

O *corpus* de análise dos dados qualitativos foi analisado por meio do método de análise de conteúdo que compreendeu as seguintes etapas: (1) Pré-análise, (2) Exploração do material e (3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.^{3,17}

Com relação à fundamentação teórica, este trabalho utilizou a Teoria das Representações Sociais descrita por Moscovici (2003)¹⁸ e Minayo (2006)¹⁷ – para a compreensão da escolha alimentar da mulher durante o aleitamento materno.

Os dados quantitativos, referentes à caracterização e ao perfil dos entrevistados foram analisados utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 15.0.

Aspectos éticos

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa – protocolo número 023/2007 – em consonância com o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da população estudada

Alguns indicadores quantitativos serão brevemente apresentados para se conhecer o perfil do grupo estudado. Das 58 mães entrevistadas, 10,3% eram adolescentes (faixa etária de 16 a 19 anos), e 5,2% tinham mais de 35 anos; a média de idade materna foi de $25,29 \pm 5,41$ anos (Mediana: 24 anos; Mínimo: 16 anos; Máximo: 37 anos). A maioria, 56,9%, apresentava o ensino fundamental incompleto e apenas 1,7% (n=1) possuía o ensino superior completo.

Quanto à ocupação, as mulheres-mães entrevistadas em sua maioria eram donas de casa (82,8%); o restante tinha como ocupação, trabalhos manuais como os de costureira, bordadeira e doceira; ou ainda eram empregadas domésticas, babás, faxineiras, comerciantes e lavradoras.

Verificou-se, também, que a maioria das famílias coimbrenses estudadas apresentou uma *divisão “tradicional” de trabalho*, isto é, o companheiro era o responsável pelo sustento da mulher e dos filhos e a mulher-mãe-esposa era responsável pelas tarefas domésticas e o cuidado dos filhos. Ressalta-se que 51,7% das mulheres entrevistadas eram casadas, 32,8% viviam em comunhão livre, 13,8% eram solteiras e 1,7% era divorciada.

Em relação à renda familiar, a média de ganho mensal era de R\$504,25 ± 297,34. Ressalta-se que a mediana da renda familiar mensal foi de R\$380,00 – um salário mínimo de referência no período em que ocorreu o estudo – (Mínimo: R\$85,00; Máximo: 1.425,00).

O hábito alimentar materno durante a amamentação

De acordo com Baião e Deslandes (2006)², o puerpério é um período no qual se aplicam tanto a prescrição, quanto a proibição de alimentos em prol da saúde da mãe e do bebê.

O conjunto de representações sociais sobre a alimentação da mulher durante o aleitamento materno retrata as principais idéias apreendidas dos depoimentos sobre a escolha alimentar das mães coimbrenses (Figura 1).



Figura 1: Representações sociais das mães de crianças menores de dois anos do município de Coimbra, MG (2007).

A seguir, apresentamos as representações que são mais evidentes e representativas para o grupo de mães estudado.

Alimentos permitidos

No presente estudo, a maioria das mães entrevistadas, quando questionadas sobre a necessidade da mulher que está amamentando ter uma alimentação especial, se declararam a favor de uma dieta especial para a nutriz. Esta dieta, segundo estas mães, seria composta de *alimentos saudáveis* (principalmente frutas, verduras, arroz e feijão), *alimentos fortes*, líquidos, dentre outros, como evidenciam os relatos destacados a seguir:

“Eles falam que... que é bom comer bastante assim, muita verdura, muita fruta é... cada um fala uma coisa, é... eu acho que tem que ter uma alimentação boa!” (Mãe 1).

“Tem que comer mais coisa líquida, né, suco, água... Comer essas coisa mais saudável!” (Mãe 14).

“Coisa que tem bastante vitamina... alimentação tudo no horário certo” (Mãe 24).

“Ah! Coisas que tem ferro, como carne, verduras, legumes também” (Mãe 44).

“Acho que... alguma coisa mais forte, né, que nem pra sustentá ela, pra ela dá mais leite” (Mãe 51).

“Eu como bastante fruta, tomo muito leite, sabe, uma alimentação mais... assim... saudável que possa ajudá produzi leite” (Mãe 53).

Ressalta-se que frutas, verduras, legumes, arroz, feijão, macarrão, carne de boi, canjica, caldos (principalmente os de galinha e de fubá) e líquidos (principalmente a água e o suco) foram os alimentos mencionados pelas mães coimbrenses como indispensáveis para a mulher que amamenta.

Em relação aos motivos para que a mulher tenha uma alimentação especial durante o período de aleitamento materno, os mais relatados pelas mães coimbrenses foram: (1) Evitar o enfraquecimento materno durante a amamentação; (2) Fortalecer, dar mais sustância ao leite materno; e (3) Beneficiar o bebê com um alimento mais saudável. Estes motivos são ilustrados nas falas transcritas a seguir:

“Tem que comer mais coisa líquida, né, suco, água... Comer essas coisa mais saudável... porque se não fizer isso, não dá leite, né!” (Mãe 14).

“Pra balancear o aleitamento, porque eu acho que tudo que a gente come vai pro leite... vitamina, essas coisas boas passa tudo pra criança” (Mãe 24).

“Ah! Tem que alimentar bem, senão não tem como alimentar a menina” (Mãe 32).

“Tem que alimentá bem. (...) Acho que precisa pra ficar forte pra alimentar a criança, porque se ficá fraca não consegue dá de mamá” (Mãe 43).

“Tem... comer fruta, bastante coisa, senão não guenta não (Risos)... eu num guento ficá em pé não, tem que comê toda hora... eu fico zonza” (Mãe 46).

“... pro leite sustentar mais, ficar mais forte com vitamina” (Mãe 55).

Para Gusman (2005)¹², cada localidade apresenta características próprias de conhecimentos, crenças, mitos, práticas, expectativas e valores culturais e sociais no que se refere à gravidez, parto, lactação, cuidados com o bebê e alimentação. Pode haver diferença em um mesmo local, porém em momentos históricos diversos, bem como em lugares diferentes numa mesma época.

Segundo Daniel e Cravo (2005: 67)⁹, *“a prescrição de alimentos, segundo a teoria popular, repousam numa certa observação e experimentação, de maneira que, apesar de se diferenciarem dos modelos científicos oficiais, não devem ser consideradas irracionais ou desprovidas de uma lógica e/ou consistência interna, mas principalmente devem ser captadas pela riqueza que contêm”*.

Em estudo realizado por Woortmann (1978)²⁴, os *alimentos fortes* são associados à presença de vitamina e/ou ferro, além de um período maior de saciação, sendo, portanto, considerados alimentos com *“sustância”* ou com *“fortidão”*, como foi evidenciado também neste trabalho.

Vaucher & Durman (2005)²³, observaram nos relatos das mães entrevistadas a existência da crença de que a sua alimentação interferia no aleitamento materno. Já Sandre-Pereira *et al.* (2000)²², verificaram que as principais alterações no cardápio das puérperas foram: o aumento no consumo de frutas e de hortaliças e a diminuição do consumo de alimentos ricos em gorduras, como as frituras.

Ainda, segundo Baião e Deslandes (2006)², a nutriz obedece a uma dieta rigorosa com o objetivo de garantir o bem-estar e a recuperação da mulher, além de oferecer um leite de melhor qualidade para o seu filho, o que vai ao encontro dos dados encontrados em nosso estudo.

Alimentos proibidos

Além de permissões, a dieta da nutriz de acordo com as mães entrevistadas apresenta alimentos que precisam ter seu consumo moderado ou mesmo evitado, entre os mais citados estão: *alimentos quentes* (chocolate, pimenta, amendoim, mel, peixe), *alimentos reimoso* (carne de porco, ovo), além de alimentos ácidos, azedos, gordurosos,

alguns tipos de hortaliças (couve, chuchu, pimentão, quiabo, jiló), fígado, doces, bebida alcoólica, café, refrigerante, leite de vaca, dentre outros.

Ainda, em relação às proibições, segundo as mães entrevistadas, estes alimentos deveriam ser evitados, pois quando consumidos poderiam causar desconforto na criança, principalmente dor de barriga:

“Eu não como muito ééé... que eles fala que faz mal... evito comer qualquer carne de porco... e peixe eu também não como, não, porque minha mãe fala que o peixe faz dá fincada na... espinha dá fincada no lugar da operação da gente, né! E faz mal pra (minha filha) porque é quente... aí eu não como muito não... pimenta, essas coisas eu não como” (Mãe 3).

“Ah! Eu acho... chocolate, pimenta, coisa quente... dá muita dor de barriga (Risos)” (Mãe 6).

“Geralmente, é... eu me alimentava normal... evitava ficar comendo coisa que fazia mal pra ela... igual, por exemplo, evitava comer... alguma coisa remoso, igual, por exemplo, carne de porco,... por exemplo, é... evitava tomar bebida alcoólica, entendeu... coisa que faz mal pra ela... passa pro leite e faz mal pra ela, entendeu... muita coisa eu evitava” (Mãe 13).

“Ah! Não pode comer chocolate, café, pimenta... refrigerante... tudo que eu ouvi falar que não é bom eu evitei... a minha impressão era que poderia passar pro leite... essa alimentação forte poderia passar pra ele... a gente tem que passar coisa boa... leite, eu não tomava muito não, porque eu tava tendo muita dor de barriga e a pediatra falou que não era bom tomar também” (Mãe 31).

Através dos relatos maternos observa-se que os alimentos por elas considerados *quentes* ou *reimosos* são os que, geralmente, elas relacionam com um possível mal-estar do bebê.

Para Woortmann (1978)²⁴, os alimentos podem ser classificados através das oposições: (1) *Quente/Frio*, (2) *Forte/Fraco* e (3) *Reimoso/Descarregado*, sendo que esta classificação norteia a maior parte das prescrições e proibições. Destaca-se que esta classificação não é universal, ou seja, um alimento considerado quente em uma região pode ser considerado frio em outra.

Além disso, os *alimentos fortes*, *quentes* e os *alimentos reimosos* são considerados “ofensivos” para certos estados fisiológicos do organismo, sendo estes contra-indicados para puerpéras.²⁴ Para Ichisato & Shimo (2001)¹³, as mulheres evitam

o consumo de alguns alimentos por acreditar que o volume de leite produzido iria reduzir ou mesmo estagnar.

Lactogogos

No tocante à alimentação da nutriz, diversos tabus, crenças e mitos estão relacionados com a prática alimentar da nutriz, com destaque para os lactogogos.¹ Estes são alimentos, os quais as pessoas acreditam interferir no aumento da produção de leite.¹⁶

No presente estudo, no que se refere aos lactogogos, observa-se que as mulheres entrevistadas mencionaram vários alimentos, que quando consumidos, poderiam aumentar a produção de leite, conforme se destaca as falas seguir:

“Acho que tem que comer mesmo, assim... pra dá o leite mesmo... (Pausa) Só quando eu ganhei, o (meu filho) todo mundo falava que tem que comer muita... você já viu aqueles caldo de galinha? Que você faz a galinha... mata a galinha... faz aquela sopa de galinha... então, eles sempre falava que tinha que comer aqueles negócio... esse povo mais antigo, né! (Pausa) Nossa... muita sopa de macarrão, mesmo, com legumes no meio e... sopa de galinha. (Pausa) Fiquei umas duas semana só comendo sopa de galinha... enjoiei! Eu enjoiei de sopa de galinha! (Risos)” (Mãe 1).

“...Coisas mais ralas pra produzir mais leite, né, tipo canjica, um engrossado de fubá... macarrão... verdura, beber bastante água... o leite eu não seu chegada muito não, mas tô conseguindo tomar” (Mãe 3).

“Ah! Eles falam que... café com farinha, leite com farinha mesmo... é canjiquinha, canjica doce” (Mãe 6).

“É canja de arroz, falava que tinha que comê pra aumentar o leite... era canja de arroz... eu comi... aumentou...” (Mãe 12).

“Canjica, sopa de galinha, macarrão... comia todo dia (Risos). Mas não aumentou. Canjica era de manhã, de tarde, de noite... era todo dia (Risos)” (Mãe 14).

Os alimentos mais citados como lactogogos, pelas mulheres coimbrenses, foram: sopa de galinha, sopa de macarrão, canjica, canjiquinha, engrossado de fubá, café com farinha, leite com farinha, rosca no leite, arroz doce, canja de arroz, leite, massa, serralha, alimentos doces, líquidos (principalmente suco e água), dentre outros.

Ainda, no discurso das mães entrevistadas, observou-se a presença das classificações: alimentação saudável, comida forte e comida rala para denominar, ou mesmo identificar a alimentação necessária para este momento fisiológico da mulher e para favorecer a produção de leite materno.

Em relação à confiabilidade dos lactogogos, no presente estudo, algumas mães entrevistadas relataram que utilizavam deste artifício – alimentos que, quando ingeridos, ocasionariam aumento na produção de leite materno – e que acreditavam na eficácia destes alimentos:

“Quando eu comia bolo de fubá ou broa, canjica... nossa! Dava muito leite... no dia que eu não comia não dava nada... quando comia, aí chegava a vaziar.” (Mãe 5)

“Canjica, eu comi. Ah! Comida mais rala, você comer uma sopa, tudo que é comida mais rala, é bom pro leite, porque aquilo aumenta... eu sei, porque quando eu quero que o leite aumenta mais, eu faço canjica e tomo... aí no que eu tomo a canjica, já parece que... é uma coisa que rende mesmo” (Mãe 9).

“...canja de arroz... eu comi... aumentou, porque quando eu tava no hospital tava dando nada não, e quando chegô em casa fiz e encheu... aí já deu leite” (Mãe 12).

“Eu como canjica doce... canjica aumenta sim... igual tava com leite mais ou menos... tomei, meu leite aumentou” (Mãe 15).

“...farinha de milho, se a gente comer, tomar café com farinha, faz aumentar muito o leite. Já comi e aumentou” (Mãe 19).

Outras mães coimbrenses declararam que não sabiam se os lactogogos faziam realmente efeito, se isto seria uma lenda, uma crendice ou um mito, conforme ilustram as falas que se seguem:

“Ah! Eles falam um monte de coisa... cada um inventa uma coisa, né, é superstição” (Mãe 1).

“Eu sempre ouvi dizer que a canjica... a canjica branca... eu comi, minha mãe fez... Ah! Eu achei a mesma coisa... a quantidade de leite é a mesma. Isso é crendice!” (Mãe 8).

“Ah! No começo, mandaram comer canjica, essas coisas assim. Acho que isso é lenda (RISOS). Se tiver de ter leite, acho que tem mesmo” (Mãe 17).

“Me falaram de sopa, canjica doce, essas coisas, mas eu não sou muito de acreditar não (RISOS)” (Mãe 24).

“Ah! Sempre falaram comigo que canjica branca aumentava o leite, arroz doce... eu comi... não sei se aumenta, porque eu tive muito leite. Não sei se é mito ou verdade” (Mãe 31).

A escolha do alimento certo para a nutriz é considerada para elas não só uma postura saudável, mas um ato de suma importância para produção de leite em quantidade e qualidade suficiente para a nutrição do bebê.^{2,9,12}

No estudo de Sandre-Pereira *et al.* (2000)²², quando questionadas sobre a possibilidade de estimular a produção de leite materno, 65,2% das mães relataram que isto é possível de ser feito. Destas 62,5% sugeriram que este aumento pode estar associado à alimentação da nutriz, principalmente com o aumento na ingestão de líquidos, consumo de preparações especiais, como a canjica e de leite puro.

Gonçalves (2001)¹¹, através dos relatos das mães, constatou o consumo de diversos alimentos, com intuito de aumentar o volume de leite produzido, como: aumento na ingestão de líquidos (água, leite, suco), consumo de líquidos quentes (chás) e alimentos leves. Observou-se, também, a crença de que a lactante deva ter uma alimentação diferenciada das demais pessoas, devido ao estado fisiológico que se encontra.

No trabalho de Ichisato & Shimo (2001)¹³, que teve como objetivo identificar os lactogogos regionais de Itapuá – PA, as autoras verificaram que as mulheres enfatizavam na sua alimentação o consumo de diversos alimentos por considerarem lactogênicos. Entre os alimentos mais relatados estavam: mingau de arroz, sopa, fubá, caldo de galinha, caldo de carne, caldo de peixe, caldo de feijão, açaí, além de líquidos (principalmente água, chá e cerveja preta).

CONCLUSÃO

O ato de se alimentar das entrevistadas foi composto por prescrições e proibições que visavam beneficiar mãe e bebê durante o puerpério e a amamentação. Ressalta-se, ainda, que estas prescrições e proibições estão pautadas na idéia de que tudo o que a mulher-mãe ingere será passado ao bebê através do leite materno.

Neste estudo também, verificou-se a presença dos chamados lactogogos na dieta da lactante, o que mostra que esta crença continua sendo repassada através das gerações.

Sob esta lógica, é de suma importância que o profissional de saúde, destacando-se o nutricionista, conheça o hábito alimentar da mulher durante o puerpério e o aleitamento materno para que possa construir um saber que englobe o conhecimento do

sensu comum, de maneira a orientar este grupo sem desvalorizar seus hábitos e crenças, conseguindo assim uma maior aceitação e execução das orientações dadas.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Almeida JAG. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p.120.
2. Baião MR, Deslandes SF. Alimentação na gestação e puerpério. **Rev. Nutr.**, 19(2):245-253, 2006.
3. Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 1977. p. 229.
4. Braga V. Cultura Alimentar: contribuições da antropologia da alimentação. **Saúde Rev.**, 6(13): 37-44, 2004.
5. Canesqui AM, Garcia RWD. **Uma introdução à reflexão sobre a abordagem sociocultural da alimentação**. In: _____. Antropologia e Nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p.9-19.
6. Canesqui AM. **Comentários sobre os estudos antropológicos da alimentação**. In: Canesqui AM, Garcia RWD. Antropologia e Nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p.23-47.
7. Casotti L, Ribeiro A, Santos C, Ribeiro P. Consumo de alimentos e nutrição: dificuldades práticas e teóricas. **Cadernos de Debates**, 6:26-39, 1998.
8. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS. Agenda incompleta, diretrizes de gestão e tese no CONARES 7 de maio. **Jornal CONASEMS**, 6:1-8, 2007.
9. Daniel JMP, Cravo VZ. **Valor social e cultural da alimentação**. In: Canesqui AM, Garcia RWD. Antropologia e Nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p.57-68.
10. Filho DOL, Spanhol CP, Oliveira FD. **Marketing e Ciências Sociais: um estudo sobre a influência da cultura na alimentação**. In: Congresso Virtual Brasileiro de Administração – CONVIBRA, Brasil: 2007.
11. Gonçalves AC. **Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno**. [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001. p.136

12. Gusman CR. **Os significados da amamentação na perspectiva das mães.** [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo; 2005. p.107
13. Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, 2001, 9(5): 70-76.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Contagem da população 2007.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007. p.311.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Dados Populacionais - 2007.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em: 05 maio 2008.
16. King FS. **Como ajudar as mães amamentar.** 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.189.
17. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 10 ed., 2006. p. 269.
18. Moscovici S. **Representações sociais: Investigações em psicologia social.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003. p.404.
19. Pope C, Mays N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2 ed., 2005. p.118.
20. Poulain JP, Proença RPC. O espaço social alimentar: um instrumento para estudo dos modelos alimentares. **Rev. Nutr.**, 16(3):245-256, 2003a.
21. Poulain JP, Proença RPC. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. **Rev. Nutr.**, 16(4):365-386, 2003b.
22. Sandre-Pereira G, Colares LGT, Carmo MGT, Soares EA. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. **Cad. Saúde Pública**, 2000, 16(2): 457-466.
23. Vaucher ALI, Durman S. Amamentação: crenças e mitos. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, 2005, 7(2): 207-214.
24. Woortmann K. **Hábitos e ideologias alimentares em grupos sociais de baixa renda:** relatório final. Brasília: Universidade de Brasília, 1978. p.114.

ARTIGO ORIGINAL IV:

*NOVOS OLHARES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO: UMA ANÁLISE DAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE NUTRIZES*

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar as representações sociais das mães do município de Coimbra, MG sobre o aleitamento materno, ampliando a compreensão acerca das vivências, conhecimentos, percepções e sentimentos maternos durante a amamentação. Para isto, utilizou-se a Teoria das Representações Sociais como referencial teórico-metodológico. Ao todo, foram entrevistadas 58 (31,72%) mães de crianças menores de dois anos de idade do município de Coimbra, MG. A análise dos dados se deu a partir da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1977). Da análise temática, emergiram seis categorias: “Amamentar é dar o melhor para o bebê”, “O leite materno não mata a sede do bebê”, “Crenças sobre o consumo de chá”, “A chupeta é uma ajuda para a mãe”, “Crenças sobre o uso de mamadeiras” e “A mulher-mãe se sente culpada por não amamentar o seu filho”. Verificou-se que estas categorias influenciaram a decisão de amamentar das mães entrevistadas tanto de forma positiva como negativa. Neste sentido, destacam-se a importância da sensibilidade e da ampliação do olhar dos profissionais de saúde em relação ao aleitamento materno, peças-chaves na promoção, incentivo e apoio ao ato de amamentar.

Palavras-chaves: Aleitamento materno; Chupetas; Mamadeiras; Desmame; Representação social.

*NEW METHODS ON BREASTFEEDING: AN ANALYSIS OF SOCIAL
REPRESENTATIONS THE NUTRIZES*

ABSTRACT

This study aimed to broaden the understanding about the experiences, knowledge, perceptions and feelings during the maternal breastfeeding. For this, the Theory of Social Representations as theoretical and methodological reference. In total, 58 (31.72%) were interviewed mothers of children under two years of age the city of Coimbra, MG. The analysis of data made from the technical Analysis of the Content of Bardin (1977). The thematic analysis, emerged six categories: "Breastfeeding is to provide the best for the baby," "The milk will not kill the headquarters of the baby", "Beliefs about the consumption of tea", "The pacifier is an aid to the mother", "Beliefs about the use of bottles" and "The woman-mother to feel guilty for not to breastfeed your son". It was found that these categories influence the decision of mothers to breastfeed interviewed on both a positive and negative. In this regard, stresses the importance of sensitivity and the expansion of the look of health professionals in relation to breastfeeding, spare keys in the promotion, encouragement and support breastfeeding.

Key words: Breastfeeding; Pacifiers; Bottles; Weaning; Social representation.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo, sob livre demanda, até o sexto mês de vida da criança. Após este período, é aconselhada a realização da amamentação juntamente com a oferta de outros alimentos – alimentação complementar – até os dois anos de idade ou mais (Organização Mundial da Saúde, 2001).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, a prevalência de aleitamento materno no Brasil, no ano de 2006, ainda encontra-se aquém do recomendado pelos organismos nacionais e internacionais (Brasil, 2008).

Muitos são os fatores que afetam a decisão materna frente à amamentação, tais como: o contexto histórico, social e cultural (crenças e mitos) em que as mulheres-mães vivem, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a atuação dos serviços de saúde local, dentre outros (Forman, 1984).

Além disso, a insegurança materna em relação à capacidade de amamentar o seu filho (demonstrada pelas alegações: “pouco leite”, “leite insuficiente” e “leite fraco”), a introdução precoce de água, chá e/ou outros alimentos na alimentação da criança, bem como a utilização de chupetas e mamadeiras são, atualmente, os principais motivos para a transição alimentar precoce (Sousa, 1997; King, 2001; Gonçalves, 2001; Gusman, 2005).

É importante destacar que são várias as evidências científicas que desqualificam o uso de chupetas e mamadeiras devido à interferência negativa da utilização destes objetos no sistema sensório-motor-oral, nas funções de deglutição, mastigação, respiração, na própria fala, e principalmente, no aleitamento materno (Sousa, 1997; Cotrim, Venâncio, Escuder, 2002; Caetano, Fujinaga, Scochi, 2003; Sertório, Silva, 2005; Martins et al., 2005).

Neste sentido, faz-se necessário conhecer os aspectos que influenciam, de maneira positiva ou negativa, o ato de amamentar. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi analisar as representações sociais das mães do município de Coimbra, MG sobre o aleitamento materno, visando à ampliação da compreensão acerca das vivências, conhecimentos, percepções e sentimentos maternos durante a amamentação e, desta forma, contribuir para o planejamento das ações de saúde local.

METODOLOGIA

O presente trabalho fundamentou-se na pesquisa qualitativa, por entender que ela trabalha com a apreensão de significados, crenças, valores, atitudes e sentimentos, de maneira a aprofundar certas questões do cotidiano do senso comum, não contempladas na pesquisa quantitativa (Minayo, 2006).

Com relação à fundamentação teórica, este trabalho utilizou a Teoria das Representações Sociais descrita por Moscovici (2003) e Minayo (2006). Segundo Moscovici (2003), a representação social é uma forma dos indivíduos interpretarem sua realidade e a realidade social – é o pensamento do cotidiano, o que nos permite analisar esta realidade sob o olhar daquele que a vivencia.

Dessa forma, o presente estudo voltou-se para a representação do aleitamento materno como um fenômeno em que se refletem interações dos atores sociais e seu contexto de vida (Gomes e Mendonça, 2003). Sob esta óptica, tentou-se compreender o aleitamento materno através da perspectiva da protagonista desta prática – a nutriz. Para isto, o grupo de estudo foi composto por 58 (31,72%) mães de crianças menores de dois anos de idade cadastradas no Programa de Saúde da Família do município de Coimbra-MG.

Os dados foram coletados, no período de outubro a dezembro de 2007, por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas no domicílio das entrevistadas. As entrevistas foram gravadas após o consentimento das mães, permitindo assim que as informações coletadas fossem transcritas de forma fidedigna. Como forma complementar, utilizou-se informações anotadas diariamente pelo pesquisador em seu diário de campo.

O *corpus* de análise dos dados qualitativos foi analisado por meio do método de análise de conteúdo. Esta etapa envolveu três momentos (Bardin, 1977; Minayo, 2006):

(1) Pré-análise: com o objetivo de operacionalizar e sistematizar as idéias presentes nos depoimentos – apreensão do todo.

(2) Exploração do material: realizou-se uma releitura das transcrições com o intuito de identificar as unidades de significado;

(3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: visando agrupar as unidades de significado encontradas de acordo com sua semelhança, e a partir daí se propôs inferências e, então se interpretou o fenômeno estudado com base nas observações e nos estudos bibliográficos, direcionando as discussões e as conclusões sobre as representações sociais de aleitamento materno.

A escolha dessa estratégia de análise justifica-se devido à possibilidade de compreensão levando em consideração os “fazeres” e “dizeres” das pessoas, seus inter-relacionamentos, seus costumes e crenças e, sobretudo, suas atribuições de significado às próprias experiências (Dias et al., 2007).

Os dados quantitativos, referentes à caracterização e ao perfil dos entrevistados foram analisados utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 15.0.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa – protocolo número 023/2007 – em consonância com o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da população estudada

Das 58 mães entrevistadas, 10,3% eram adolescentes entre 16 e 19 anos, e 5,2% tinham mais de 35 anos; a média de idade materna foi de $25,29 \pm 5,41$ anos (Mediana: 24 anos; Mínimo: 16 anos; Máximo: 37 anos).

Quanto à ocupação, as mulheres-mães entrevistadas em sua maioria eram donas de casa; outras tinham como ocupação: trabalhos manuais como os de costureira, bordadeira e doceira; outras ainda eram empregadas domésticas, babás, faxineiras, comerciantes e lavradoras.

Verificou-se, também, que a maioria das famílias coimbrenses estudadas apresentou uma divisão tradicional de trabalho, isto é, o companheiro era o responsável pelo sustento da mulher e dos filhos e a mulher-mãe-esposa era responsável pelas tarefas domésticas e o cuidado dos filhos.

Em relação à renda familiar, a média de ganho mensal era de R\$504,25 \pm 297,34. A mediana da renda familiar mensal foi de R\$380,00 – um salário mínimo de referência no período em que ocorreu o estudo – (Mínimo: R\$85,00; Máximo: 1.425,00).

Um resultado interessante refere-se ao fato de que 67,2% das mães entrevistadas foram amamentadas, o que pode confirmar a idéia de que o aleitamento materno é uma prática repassada através das gerações, visto que 93,1% das mães entrevistadas amamentaram ou estavam amamentando seu filho.

Esse resultado reforça os achados de Primo e Caetano (1999: 452), onde se destaca que a amamentação foi considerada uma *tradição familiar* – “já que minha avó amamentou e minha mãe também, conseqüentemente, eu irei fazê-lo”.

Representações sociais sobre o aleitamento materno, o uso de chupetas e mamadeiras

O conjunto de representações de aleitamento materno tende a condensar-se, em alguns casos, em uma série de termos, de expressões, de imagens que exercem uma função de “atrativos semânticos”, de modo que em torno de cada termo se situa um conjunto de palavras, de expressões-chave significativas das situações e concepções próprias de cada grupo (Conde, Marinas, 1997 *apud* Dias et al., 2007), como é o caso das mães coimbrenses. Esses atrativos semânticos retirados das falas das mães levam-nos a articular um sistema de indicadores das citadas noções e representações sobre aleitamento materno (Figura 1).

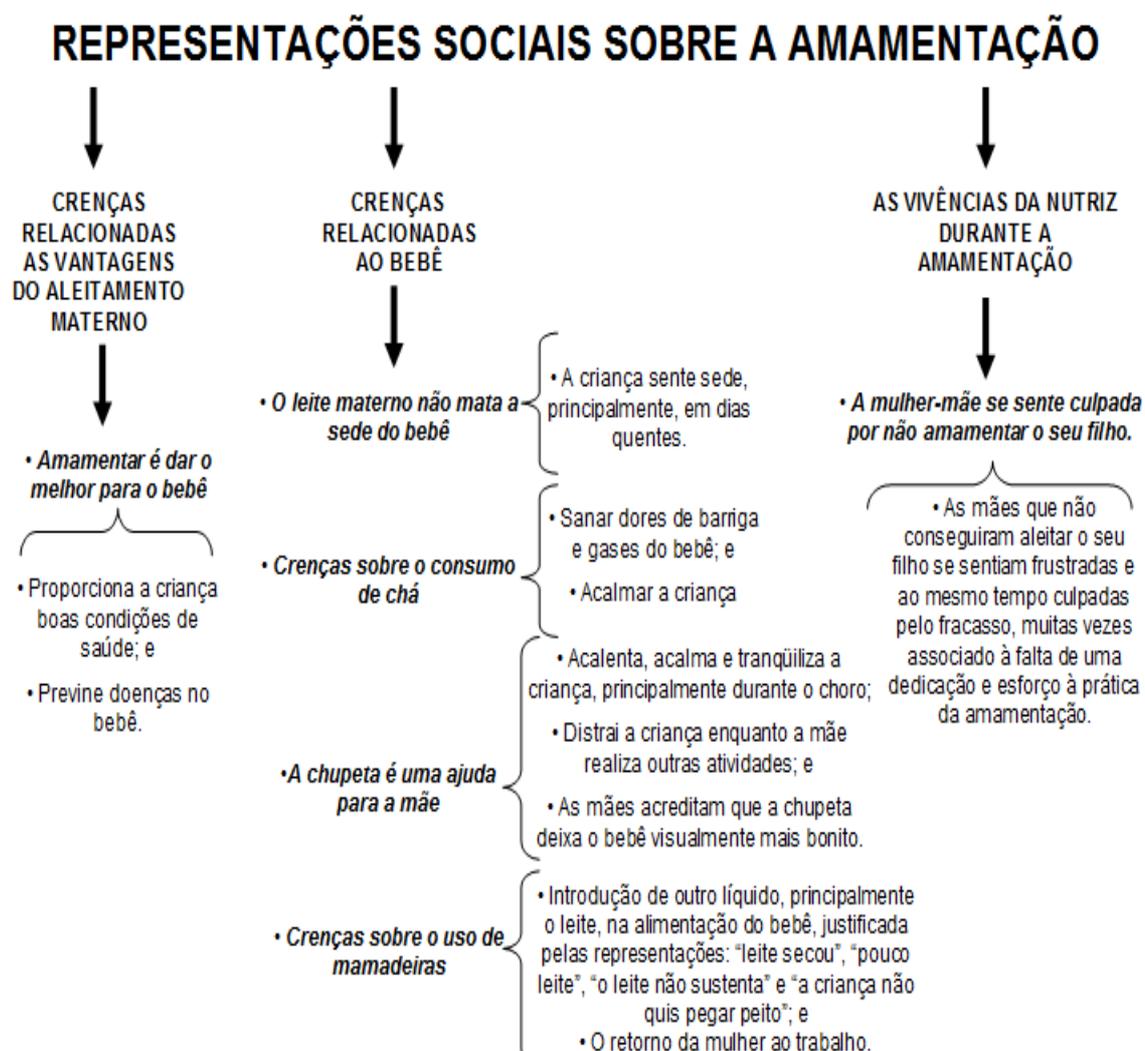


Figura 1: Representações sociais e atrativos semânticos extraídos dos relatos de mães de crianças menores de dois anos de idade, município de Coimbra - MG (2007).

Amamentar é dar o melhor para o bebê

Em relação posicionamento das mulheres-mães coimbrenses frente ao aleitamento materno, este foi descrito como: bom e importante, conforme demonstram os depoimentos que se seguem:

“Ah! Eu vejo (que o aleitamento materno) é muito importante...” (Mãe 3)

“Acho (que amamentar é) bão demais...” (Mãe 36)

O ato de amamentar, aos olhos das mães entrevistadas, foi considerado bom e importante devido aos benefícios conferidos ao bebê, principalmente por proporcionar à criança boas condições de saúde e por prevenir doenças:

“(Amamentar é bom) pra eles crescer, né, pra num ficar gripado, pra num dá diarreia.” (Mãe 11)

“Acho que (amamentar) ajuda o dente crescer mais rápido. (Pausa) Dá mamá no peito, também, faz o menino ficá mais forte e ajuda a falar mais depressa.” (Mãe 12)

“Eu acho que a criança que mama no peito, ela tem um desenvolvimento melhor.” (Mãe 14)

“Ah! O leite materno é muito bom, assim... evita de adoecer, né!” (Mãe 19)

“Ah! (Amamentar é bom) pra saúde, né... desenvolvimento dele (do filho)... fortalecer também, né!” (Mãe 25)

Dentro deste contexto, verificou-se que os discursos produzidos pelas mulheres-mães do presente estudo estão alicerçados no paradigma *higienista*, no qual o aleitamento materno é visto apenas sob a óptica das vantagens para o bebê (Almeida, 1999).

Este resultado, também, vai ao encontro dos dados apreendidos nos estudos de Ramos, Almeida (2003), e de Nakano (2003), os quais, o significado da amamentação para as mulheres-mães estava pautado na possibilidade da mãe *dar o melhor para o bebê*, principalmente em relação ao *bem-estar e à saúde da criança*.

Um fato importante a ser salientado neste estudo, resultado da análise dos depoimentos maternos, referem-se à falta de relatos enfocando os benefícios que o aleitamento poderia trazer à própria mulher, à família e ao Estado. Benefícios estes

relatados e comprovados pela literatura científica (Brasil, 2002; Rea, 2004; Almeida, Novak, 2004; Araújo et al., 2004).

O leite materno não mata a sede do bebê

As mães coimbrenses, apesar de terem sido orientadas pelos profissionais de saúde a não oferecer água ao bebê antes do sexto mês de vida, relataram ter introduzido água precocemente. As entrevistadas afirmaram, também, que deram este líquido ao seu filho por acreditar que a criança poderia estar com sede – devido ao calor – ou, por já ter oferecido outros alimentos ao bebê:

“Bom, dizem que não (pode dar água)... com esse calor assim, eu costumo dá um pouco de água sim” (Mãe 17)

“(Eu dei) água sim. (Pausa) Ah! Eu cismava que ela tava com sede (Risos). Aí, eu dava um pouquinho na chuquinha... [...] Eles (os profissionais do PSF) sempre falaram que não (pode dar água para criança)... até os seis meses é só o leite (materno)!” (Mãe 24)

“A água (eu) tô dando (para o meu filho), porque tô dando outro leite, né!” (Mãe 40)

“...aguinha (eu dava) pra ela não ficá com sede. Eles (os profissionais do PSF) falava que num precisava de dá (água) não, mas eu dava.” (Mãe 46)

Não obstante, um aspecto importante na decisão de introduzir outros alimentos precocemente na dieta do bebê relaciona-se à rede social das mães coimbrenses. Neste estudo, grande parte das entrevistadas era orientada, por outras mulheres (mãe, sogra, irmã...), a dar água ao bebê, conforme ilustram as falas que se seguem:

“A primeira vez (que eu dei água foi) minha sogra que falou comigo que tem que dá (água) pro nenê.” (Mãe 3)

“A água eu dava porque a avó deles mandava eu dá.” (Mãe 5)

Segundo King (2001), o leite materno contém toda água que uma criança necessita, independente da temperatura ambiente. Contudo, a introdução ou não de água para os bebês menores de seis meses leva as nutrizes à dúvida e à insegurança, principalmente se as mesmas residirem em locais quentes (Gusman, 2005).

Gonçalves (2001), em seu estudo, observou que a oferta precoce de água foi considerada importante para a hidratação da criança, uma vez que, segundo as mães, o leite materno não matava a sede do bebê, principalmente, no verão – fato este também observado no presente estudo.

Crenças sobre o consumo de chá

Quando questionadas sobre a oferta de chá, a grande maioria das mães entrevistadas afirmou que já havia dado este líquido ao seu filho, antes de completados os seis meses de vida, por conta própria ou por orientação de terceiros:

“Chá eu dei a partir de dois meses... [...] eu dava por conta própria, porque a médica nunca aconselhou dá! (Risos).” (Mãe 8).

“...o chazinho!? Minha mãe fala que é (bom) pra limpar assim (mãe passa a mão no peito)... tirar maldade de imbigo... Ah! Essas coisas que ela fala... aí eu tive que dá por isso... como diz: - Acompanhei a tradição da minha mãe (Risos).” (Mãe 3)

“O chá assim... os antigos falam: - Dá um chazinho disso, dá um chazinho daquilo. E a gente acaba: - Ah! Eu vou dá pra experimentar. (Pausa) (A gente acaba dando).” (Mãe 31)

“Eu dou chá desde novinho.” (Mãe 32)

As mães coimbrenses afirmaram, também, terem recebido orientação dos profissionais de saúde do município sobre a introdução precoce de chá, conforme demonstram os relatos que se seguem:

“Pro pessoal do posto não era pra dá nada (antes dos seis meses).” (Mãe 9)

“Eles (os profissionais do PSF) aconselha a não dá (chá)... só depois dos seis meses.” (Mãe 41)

“A Dra. falava que (o chá) tirava a fome da criança... só que eu dava assim mesmo!” (Mãe 48)

Dentre os chás mais citados, pelas mães coimbrenses, estão: erva-doce, camomila, picão, funcho, manjerona, dentre outros. Os principais motivos relatados pelas mães entrevistadas para a oferta destes chás foram: (1) sanar dores de barriga e

gases do bebê, e (2) acalmar a criança. Estes motivos são ilustrados nos relatos transcritos a seguir:

“Eu dava (chá), porque o chá acalma, é bom pra dor de barriga, faz dormir...”

(Mãe 5)

“Chá é bom pra dor de barriga, menina! Eu falo mesmo pra essas mulher que tem filho hoje: - Começou a chorar, você faz chá! (Pausa) Mas é mesmo! Você faz um chazim pra ver! E é natural! Esses chazim caseiro é bom. Às vezes, tá como uma dor de barriga, um gases e você não sabe o que é... tem mais que dá mesmo!” (Mãe 9)

Segundo King (2001), algumas mulheres-mães iniciam a oferta de suplementos muito precocemente, principalmente, leite de vaca, água, chás ou outros líquidos.

Em relação ao uso de chá caseiro para o tratamento de cólicas da criança, esta é uma prática comum e rotineira, sendo que grande parte da sua utilização se dá dentro do ambiente familiar – costume repassado de uma geração para a outra (Gonçalves, 2001).

No estudo de Gonçalves (2001), a autora verificou que o uso de chá por nutrizes estava calcado no conhecimento do *senso comum*, principalmente no que toca à perpetuação deste costume que é repassado entre gerações – resultado semelhante ao encontrado no presente estudo.

É importante destacar que os chás contêm poucos nutrientes. Todavia, preenchem o estômago da criança, reduzindo a frequência das mamadas, bem como o volume de leite sugado durante a sucção do seio materno (King, 2001).

A chupeta é uma ajuda para a mãe

Em relação à utilização de chupeta, as mães relataram terem sido orientadas pelos profissionais de saúde quanto à sua inadequação, bem como conhecer os malefícios do uso desse objeto:

“(Os profissionais do PSF falam que a chupeta) prejudica na dentição, né!”

(Mãe 2)

“(Os profissionais do PSF) fala pra não dá (chupeta), né, porque depois não consegue largar... que causa muito verme... que fica a menina com o dente pra frente. (Pausa) Ah! (Os profissionais do PSF) fala essas coisas.” (Mãe 3)

“...eu não gosto de chupeta, porque no princípio prejudica a amamentação, porque às vezes tá com fome e (como a gente) não sabe, né, aí (a gente) bota a chupeta e de repente (a criança) tá é com fome, né...” (Mãe 7)

“Acho que (a chupeta) atrapalha a arcada dentária, né!” (Mãe 10)

Não obstante, pese a orientação recebida pelas mães sobre os danos causados pelo uso de chupetas, verificou-se que a maioria das mães entrevistadas, tentou dar ou deu este objeto ao seu filho, conforme se destaca as falas a seguir:

“Tentei (dar chupeta para minha filha), mas ela não pegou... (Pausa) Ah! A chupeta, eu até queria que pegasse... mas depois que eu vi que ela num queria pegar, num insisti não!” (Mãe 21)

“Comecei a dá chupeta pra ela com três meses. Eu coloquei na boca dela assim... pensando que ela não pegava, não! Aí eu insisti... pus na boca dela e, hoje, ela não fica sem chupeta. (Pausa) Achava interessante ela pegar!” (Mãe 26)

“Eu tentei, mas ele não quis (pegar chupeta). (Pausa) Desde de novim, a gente insistiu e ele não quis (pegar)... eu queria (que ele pegasse).” (Mãe 44)

Tanto os depoimentos das mães entrevistadas, quanto as observações durante a pesquisa de campo, apontam para uma percepção materna sobre a chupeta como um auxílio no cuidado com o bebê. Na prática verificou-se que as mães insistiam para que o filho usasse a chupeta e quando estas a rejeitavam as mães ficavam decepcionadas e/ou frustradas.

Os motivos mais relatados pelas mães coimbrenses para a utilização de chupetas foram por: (1) acalantar, acalmar e tranqüilizar a criança, principalmente durante o choro; (2) distrair a criança enquanto realiza outras atividades; ou (2) acreditar que a chupeta deixaria o bebê visualmente mais bonito:

“Desde o primeiro dia que nasceu (eu dei chupeta para o meu filho) (Risos). A chupeta pra ele que é o melhor jeito de acalantar menino. Se não tiver chupeta ele não sossega!” (Mãe 1)

“Chupeta eu dei, porque tava chorando demais (Risos). Aí, eu dei a chupeta e ele acalmou um pouquinho... (Pausa) A chupeta é uma coisa assim... pra distrair pelo menos um pouquinho. (A chupeta) ajuda um pouco!” (Mãe 2)

“Ah! Pode dá (chupeta)... tudo que é pra ajudar a gente pode dá,. porque a gente vive numa correria, num stress... (Meu filho) tá chorando [...]dava chupeta só pra acalmar um pouquinho pra dá tempo pra gente fazer o serviço que a gente tem que fazer... tudo é válido, né, não hora do aperto (Risos)” (Mãe 9)

“Chupeta eu dei, porque sei lá... (Eu) acho tão bonitinho menino de chupeta! (Risos)...” (Mãe 18)

O uso de chupeta, muitas vezes, inicia-se no primeiro dia de vida da criança, isto se deve ao baixo custo, ao costume e conseqüentemente, maior acesso deste objeto pela maioria da população brasileira (Tomita, Bijella, Franco, 2000; Sertório, Silva, 2005).

Os estudos de Gonçalves (2001) e de Sertório, Silva (2005) vão ao encontro dos achados de nosso estudo, onde figuram como principais motivos para a utilização de chupeta, segundo as mães entrevistadas, o fato deste objeto acalmar, tranquilizar a criança, principalmente nos momentos de agitação e/ou choro, bem como deixar a aparência da criança mais bonita.

Crenças sobre o uso de mamadeiras

No presente estudo, quando questionadas sobre a utilização de mamadeiras, verificou-se que as mães entrevistadas foram orientadas sobre a sua inadequação, já que em um primeiro momento estas afirmaram que não é bom oferecê-la o bebê. Contudo, verificou-se que as mulheres-mães coimbrenses tentaram ou fazem uso da mamadeira na alimentação de seus filhos:

“...mamadeira também nunca pegou. Tentei (dar para o meu filho), mas (ele) não pegou.” (Mãe 6)

“Mamadeira não é aconselhado não! Mas, eu dô mamá (pra minha filha) na mamadeira.” (Mãe 26)

Destaca-se que as principais razões para as entrevistadas optarem pelo uso de mamadeira estavam relacionadas com: (1) a introdução de outro líquido, principalmente o leite, na alimentação do bebê, justificada pelas representações: “leite secou”, “pouco leite”, “o leite não sustenta” e “a criança não quis pegar peito”; e (2) o retorno da mulher ao trabalho, conforme ilustram os depoimentos a seguir:

“Mamadeira!? Agora eu tô dando pra ela (para filha), porque eu vou começar a trabalhar em novembro agora, aí pra ela acostumar (eu) tô dando duas mamadeiras... de manhã e uma à tarde.” (Mãe 3)

“...eu dei (mamadeira), porque meu leite era pouco. Até os três (meses, meu leite) foi muito, depois (meu leite) foi secando...” (Mãe 4)

“Mamadeira... eu dô (para minha filha). Eu comecei a dá mamadeira, como se diz... (porque) o meu leite não sustentava... meu leite era muito ralinho... também, (meu leite) secou muito rápido.” (Mãe 13)

“Mamadeira, eu dei (para o meu filho) porque ele largou o peito, né!” (Mãe 25)

Também Gusman (2005), encontrou em seu estudo que os motivos mais frequentes para a utilização da mamadeira estão relacionados aos mitos: “leite fraco”, “leite insuficiente”, “leite secou”, bem como com a insegurança materna frente à sua capacidade de cuidar/alimentar seu filho – motivos estes também observados no presente estudo e que podem levar ao desmame precoce.

Para Carrascoza et al. (2006), a introdução da mamadeira ocorre, principalmente, por volta do final do quarto mês após o nascimento do bebê devido ao término da licença-maternidade brasileira e, conseqüentemente, o retorno da mulher-mãe ao mercado de trabalho – fato este também verificado no presente estudo entre as mães que trabalhavam.

É importante salientar que a introdução precoce de mamadeiras, em crianças em aleitamento materno, tem sido associada a uma menor duração da amamentação, chegando, às vezes, à sua interrupção (Vieira et al., 2004), devido à recusa da criança em amamentar ao seio em função do maior fluxo de leite sugado na mamadeira – quando comparada à mamada no seio (Euclides, 2000).

A mulher-mãe se sente culpada por não amamentar o seu filho

O aleitamento materno é um comportamento socialmente aceito, sendo que sua prática, consciente ou inconsciente, é herdada e influenciada pelo contexto social em que a mulher-mãe está inserida, no qual, atualmente, reforça a adoção desta prática pelas nutrizas, excluindo, assim, o livre arbítrio sobre a decisão materna frente à amamentação (Ichisato, Shimo, 2002).

Sob esta lógica, observou-se que as mães coimbrenses que não conseguiram amamentar o seu filho – prática esperada pela família, profissionais de saúde e sociedade – se sentiam frustradas e ao mesmo tempo culpadas pelo fracasso, muitas

vezes associado à falta de uma dedicação e esforço à prática da amamentação, conforme demonstram os relatos:

“...se arrependimento matasse, eu tinha feito bico no seio, né! (Pausa) Eu arrepenho de não ter dado, mesmo. Aí, eu falei: - No próximo (filho), se Deus quiser, eu vou tomar mais consciência pra poder (amamentar) o outro.” (Mãe 1)

“Eu queria dá mais (leite materno para o meu filho), sabe, dá pelo menos até os seis meses, assim... eu queria dá, mas... (olhos maternos demonstram tristeza)” (Mãe 10)

“Eu fiquei triste, decepcionada até, porque ele largou com 4 meses... e por ele ser o último, né... eu fiquei triste (por não ter amamentado meu filho por mais tempo)...” (Mãe 31)

“Ah! Eu queria tanto ter dado o leite no peito (para o meu filho), eu acho muito importante... (olhos maternos demonstram tristeza)” (Mãe 48)

Há que se salientar, que os discursos produzidos pelas mães entrevistadas remetem a uma concepção do aleitamento materno, enquanto prática de responsabilidade exclusiva da nutriz.

Segundo Gusman (2005), a cobrança de terceiros e da própria mulher em relação à escolha correta dos cuidados com o bebê faz com que a mulher-mãe não possa falhar em suas decisões, pois está sobre sua responsabilidade a saúde do seu filho e o erro pode levá-la a ser julgada e a julgar-se como irresponsável, culpada, mãe ruim, além de ser colocado em questão o amor materno.

Neste sentido, o insucesso da amamentação gera sentimentos de culpa, frustração e fracasso. Diante disso, é de suma importância o papel do profissional de saúde como coadjuvante e cúmplice da mulher-mãe durante a amamentação (Souza, 2004), colocando-se em “*posição de escuta, de troca, sem emitir julgamento, criando vínculos*” (Gusman, 2005, p.66), de maneira a fornecer informações, orientações e conselhos à nutriz sobre o aleitamento materno, tornando a prática assistencial mais eficaz e a favor da amamentação.

CONCLUSÃO

Neste estudo procurou-se compreender as percepções, as atitudes e os sentimentos de mães durante o aleitamento materno, de maneira a conhecer os fatores que poderiam contribuir para o aumento da prevalência e da duração do aleitamento

materno; bem como para a redução da utilização de chupetas e mamadeiras, e do consumo de chá e de água antes dos seis meses de vida da criança.

Dentro desta perspectiva, a representação “*amamentar é dar o melhor para o bebê*” apresentou um significado positivo para as mães coimbrenses, pois se refere às vantagens que o aleitamento pode proporcionar ao bebê, aspecto que pode servir de estímulo para a mulher-mãe amamentar o seu filho.

A utilização de mamadeira juntamente com a oferta precoce de chá e água são reflexos da insegurança da mulher-mãe frente à sua capacidade de amamentar, demonstrada pelas representações: “*o leite materno não mata a sede do bebê*”, “*leite fraco*”, “*pouco leite*”, dentre outras. Já a representação “*a chupeta é uma ajuda para a mãe*” evidencia a importância deste objeto, para as mães entrevistadas, como um auxílio no cuidado com o bebê. Destaca-se que estas atitudes e concepções muitas vezes levam à interrupção precoce do aleitamento materno.

Neste sentido, faz-se necessário que a atenção à nutriz seja pautada em uma relação de alteridade e humanização, fomentada pela escuta ativa e sensível e também pelo estabelecimento de vínculos entre profissionais de saúde e lactantes, trabalhando as dúvidas, angústias, mitos e crenças que fazem parte da vivência da mulher durante este período, de forma cotidiana, contínua e sem culpabilização.

A ampliação do olhar dos profissionais de saúde sobre a experiência da amamentação, tanto pelo conhecimento das representações construídas pela população de referência em seu território de atuação, como também pela compreensão do modo como estas são produzidas, atualizadas ou transformadas, seguramente contribuirá para o planejamento das ações de saúde local.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Almeida, J.A.G. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

Almeida, J.A.G.; Novak, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J Pediatr*, v.80, supl.5, p.119-125. 2004.

Araújo, M.F.M.; Del Fiaco, A.; Pimentel, L.S.; Schmitz, B.A.S. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. *Rev Bras Saúde Mater Infant*, v.4, n.2, p.135-141. 2004.

Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: edições 70, 1977.

Brasil. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Política de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Guia alimentar para crianças menores de dois anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Caetano, L.C.; Fujinaga, C.I.; Scochi, C.G.S. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. *Rev Latino-Am Enferm*, v.11, n.2, p.232-236. 2003.

Carrascoza, K.C.; Possobon, R.F.; Tomita, L.M.; Moraes, A.B.A. Consequences of bottle-feeding to the oral facial development of initially breastfed children. *J Pediatr*, v.82, n.5, p.395-397. 2006.

Cotrim, L.C.; Venacio, S.I.; Escuder, M.M.L. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, v.2, n.3, p.245- 252. 2002.

Dias, G.; Franceschini, S.C.C.; Reis, J.R.; Reis, R.S.; Siqueira-Batista, R.; Cotta, R.M.M. A vida nos olhos, o coração nas mãos: concepções e representações femininas do processo saúde-doença. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.14, n.3, p.779-800. 2007.

Euclides, M.P. *Aleitamento materno*. In: _____. *Nutrição do Lactente: Base científica para uma alimentação adequada*. 2 ed. Viçosa, 2000. p.259-346.

Forman MR. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. *Pediatrics*, v.74, supl.4, p. 667-94. 1984.

Gomes, R.; Mendonça, E. *A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde*. In: Minayo, M.C.S.; Deslandes, S.F. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Fiocruz, 2003. p.109-132.

Gonçalves, A.C. *Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno*. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

Gusman, C.R. *Os significados da amamentação na perspectiva das mães*. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Ichisato, S.M.T.; Shimo, A.K.K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev Lat Am Enfermagem*, v.10, n.4, p.548-585. 2002.

King, F.S. *Como ajudar as mães amamentar*. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Martins, R.J.; Garbin, C.A.S.; Garbin, A.J.I.; Moimaz, S.A.S. Sucção não-nutritiva: Importância da integração entre pediatria e odontologia. *Revista da APCD*, v.59, p.443-447. 2005.

Minayo, M.C.S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 10 ed., 2006.

Moscovici, S. *Representações sociais: Investigações em psicologia social*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003.

Nakano, M.A.S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. *Cad Saúde Pública* v.19, supl.2, p.355-363. 2003.

Organização Mundial da Saúde. Fifty-fourth World Health Assembly. *Resolution WHA54.2 - Infant and young child nutrition*. Geneva: World Health Organization, 2001.

Primo, C.C.; Caetano, L.C. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. *J Pediatr*, v.75, n.6, p.449-455. 1999.

Ramos, C.V.; Almeida, J.A.G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr*, v.79, n.5, p.385-390. 2003.

Rea, M.F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *J Pediatr*, v.80, supl.5, p.142-146. 2004.

Sertório, S.C.M.; Silva, I.A. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão das mães. *Rev Saúde Pública*, v.39, n.2, p.156- 162. 2005.

Sousa, A.M.L. A amamentação e a odontologia. *Revista da APCD*, v.51, n.4, p.387. 1997. [Editorial]

Souza, L.M.B.M. “*Promoção, Proteção e Apoio.*” Apoio? Representações Sociais em Aleitamento Materno. Rio de Janeiro: Papel Virtual Editora, 2004.

Tomita, N.E.; Bijella, V.T.; Franco, L.J. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. *Rev Saúde Pública*, v.34, n.3, p.299-303. 2000.

Vieira, G.O.; Almeida, J.A.G.; Silva, L.R.; Cabral, V.A.; Netto, P.V.S. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, v.4, n.2, p.143- 150. 2004.

ARTIGO ORIGINAL V:***PRÁTICAS E PERCEPÇÕES ACERCA DO ALEITAMENTO MATERNO:
CONSENSOS E DISSENSOS NO COTIDIANO DE CUIDADO EM UMA UNIDADE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA*****RESUMO**

Este estudo fundamentou-se na pesquisa qualitativa, e teve um duplo objetivo: identificar o significado do aleitamento materno para os profissionais que atuam no PSF; e evidenciar os temas convergentes e divergentes em relação à amamentação entre os profissionais de saúde e as nutrizes. Utilizou a entrevista semi-estruturada e o grupo focal como técnica de coleta de dados. Ao todo, participaram deste estudo 17 profissionais atuantes na atenção básica de saúde e 58 mães de crianças menores de dois anos de idade do município de Coimbra, MG. Entre os resultados mais relevantes, observados neste estudo, destacam-se: a amamentação foi vista como uma obrigação da mulher; o discurso profissional remete à necessidade de capacitação em aleitamento; a análise das falas permitiu evidenciar um verdadeiro descompasso entre o conhecimento relatado pelo profissional e a *práxis* cotidiana do serviço de saúde. Neste sentido, ressalta-se a importância das políticas de educação continuada e permanente como elementos-chave na capacitação em amamentação, e importante indicador para o planejamento das ações de saúde em nível local.

Palavras chaves: Aleitamento materno; Programa de Saúde da Família; Vínculo.

PRACTICES AND PERCEPTIONS ABOUT BREASTFEEDING: CONSENSUS AND NO CONSENSUS IN THE DAILY CARE OF IN A UNIT OF THE FAMILY HEALTH

ABSTRACT

This study is based on qualitative research, and had a twofold purpose: identify the importance of breastfeeding for professionals who work in PSF; and highlight the themes converging and diverging in relation to breastfeeding among health care professionals and mothers. Utilizing the semi-structured and focus group as a technique for data collection. In all, this study involved 17 professionals working in primary health care and 58 mothers of children under two years of age the city of Coimbra, MG. Among the most relevant results, observed in this study, worth highlighting: breastfeeding was seen as an obligation of women, the speech refers to the need for professional training in lactation and the analysis of discourse has highlighted a real imbalance between the knowledge reported by the professional and daily practice of the health service. In this regard, stresses the importance of continuing and permanent education policies as the keys elements in training in breastfeeding, and important indicator for the planning of actions for health at the local level.

Key words: Breastfeeding, the Family Health Program; Relation.

INTRODUÇÃO

A estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) representa, na conjuntura atual, a principal alternativa de reorganização da atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PSF incorpora princípios e diretrizes do SUS, como: universalização, descentralização, integralidade, equidade e participação social, reafirmando o propósito de mudança do modelo assistencial vigente, bem como o seu papel de *porta de entrada* para os serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Além disso, o PSF está centrado na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às Equipes de Saúde da Família (ESF) uma compreensão ampliada do processo saúde-adoecimento e da necessidade de intervenções que vão além das práticas de cura de doenças, privilegiando as ações de prevenção de agravos e enfermidades e de promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Neste sentido, o PSF é um cenário pertinente para a realização de estratégias em prol do aleitamento materno, que segundo as Normas Operacionais da Assistência à Saúde é uma ação fundamental para a promoção da saúde da criança (BRASIL, 2002a).

Reforçando a idéia de incentivar a amamentação no nível primário de atenção, em 1999 foi criada a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e em 2001 os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação na Atenção Básica à Saúde, com o intuito de promover, proteger e apoiar de forma adequada o aleitamento materno no contexto local (OLIVEIRA, 2008).

Em 2006, o Ministério da Saúde lançou o Pacto pela Saúde que redefine as responsabilidades de cada esfera governamental (União, Estados e Municípios) em função das demandas e necessidades de saúde da população (BRASIL, 2008a). Mais especificamente em relação à amamentação, o Pacto pela Saúde se propõe a (1) produzir e distribuir material educativo enfocando o aleitamento materno, (2) desenvolver campanhas para a orientação e sensibilização da população sobre os benefícios da amamentação, (3) sensibilizar os trabalhadores em saúde quanto à importância e aos benefícios da amamentação, (4) articular e mobilizar setores públicos e privados para a adoção de ambientes favoráveis ao aleitamento materno (BRASIL, 2006).

O leite humano oferece benefícios para o bebê, a mãe, a família e o Estado, em virtude de suas propriedades nutricionais, imunológicas e fisiológicas; e devido ao baixo custo, à praticidade e ao estímulo do vínculo mãe-filho (BRASIL, 2002b).

Contudo, apesar de conhecidas as vantagens da amamentação, os índices de aleitamento materno estão aquém dos padrões recomendados pelos organismos

nacionais e internacionais (BRASIL, 2008b). Nessa perspectiva, vários fatores contribuem para a baixa prevalência da amamentação, entre eles a dificuldade de acesso a serviços e profissionais de saúde qualificados e capacitados para o atendimento do binômio mãe-filho, principalmente no período pós-parto (Silva, 2000).

Segundo NAKANO *et al.* (2007), “as informações e as práticas inadequadas dos profissionais de saúde têm influência negativa no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno”. Além disso, o reducionismo biológico e os mitos relacionados à amamentação também são encontrados na prática profissional, o que dificulta a adesão à prática de amamentação (LANA, LAMOUNIER e CÉSAR, 2004; NAKANO *et al.*, 2007).

Assim sendo, o acolhimento da mulher que amamenta pelos profissionais de saúde é fundamental para a empatia e, conseqüentemente, para a formação de vínculo, o qual permitirá a nutriz relatar suas queixas, dúvidas, medos e anseios vivenciados durante o aleitamento materno, assegurando uma atenção mais resolutiva a favor da amamentação (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, este estudo tem dois objetivos. O primeiro foi identificar o significado do aleitamento materno para os profissionais que atuam no PSF; e o segundo foi evidenciar os temas convergentes e divergentes em relação à amamentação entre os profissionais de saúde e as nutrizes, de maneira a conhecer possíveis falhas de comunicação entre estes atores que possam levar ao insucesso do aleitamento materno.

METODOLOGIA

Caracterização da área de estudo e dos serviços sanitários

A pesquisa foi realizada no município de Coimbra – MG, localizado na mesorregião da Zona da Mata. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada de Coimbra para 2007 era de 6.886 habitantes, distribuída em 107 km² de área territorial (IBGE, 2008).

Em relação às unidades de saúde existentes no município, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, existe atualmente, um Centro Municipal de Saúde que oferece serviços de vacinação, curativos, farmácia, consultas médicas e de emergência, dentre outros; e uma Unidade do PSF, que conta com duas Equipes de Saúde da Família, sendo que uma atende a zona rural e a outra urbana.

Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quanti-qualitativa.

Utilizou-se o referencial teórico metodológico da pesquisa quantitativa para complementar o da pesquisa qualitativa – referencial instrumental primordial deste trabalho – devido às características do objeto de investigação e dos objetivos da pesquisa; como forma de captar a realidade dinâmica e complexa em sua realização histórico-social, em conformidade com os pressupostos teóricos que a orientam (MINAYO, 1994; SOUZA *et al.*, 2005).

Dentro desta lógica, optou-se também pela utilização de diferentes instrumentos para a coleta de dados – triangulação de métodos – visando o aprofundamento e a abrangência da compreensão, bem como a verificação e a validação da pesquisa (MINAYO, 2005; 2006).

Coleta dos dados

O estudo foi realizado no período de outubro a dezembro de 2007, sendo que a coleta de dados foi realizada em duas etapas:

- Primeiramente, os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas no local de trabalho ou no domicílio dos entrevistados. As entrevistas foram gravadas, após consentimento dos informantes, e transcritas.

- Em um segundo momento, foi realizado um grupo focal. Nesta técnica de pesquisa, o pesquisador reúne em um mesmo local e durante certo período uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo obter – a partir do diálogo e do debate – os conceitos, impressões e concepções sobre um tema específico (MINAYO, 1994), neste caso o aleitamento materno.

Ressalta-se que os debates foram registrados – através de gravadores e de anotações referentes à linguagem verbal e não verbal dos participantes – e posteriormente transcritos. Para a realização do grupo focal contou-se com a presença de um facilitador e um co-facilitador.

Atores sociais estudados

Com o intuito de facilitar a caracterização da amostra, optou-se por distribuir os atores em três grupos: A, B e C.

Compuseram o Grupo A (n=17) – 94,4% – os profissionais do PSF: dois médicos, dois enfermeiros, dois técnicos em enfermagem e 11 agentes comunitários de saúde (ACS). Ressalta-se que apenas um ACS não foi entrevistado por motivo de recusa.

Já o grupo B (n=15) – 68,2% – foi formado pelos profissionais de saúde atuantes no Programa de Saúde da Família ou na Unidade Básica de Saúde de Coimbra, entre eles estavam um enfermeiro, 12 ACS, um auxiliar de dentista e um nutricionista do município – sendo que estes profissionais de saúde participaram do grupo focal.

O grupo C (n=58) – 31,72% – foi formado pelas mães de crianças menores de dois anos de idade residentes no município de Coimbra.

Análise dos dados

Após leitura global e detalhada das respostas dos entrevistados, passou-se para a análise de conteúdo que compreendeu os seguintes momentos: (1) Pré-análise, (2) Exploração do material e (3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 1977; MINAYO, 2006).

Os dados quantitativos, referentes ao perfil dos entrevistados, foram analisados utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 15.0.

Aspectos éticos

Conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (Of.Ref.Nº 023/2007 de 24/05/2007).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos Profissionais entrevistados

Em relação aos profissionais entrevistados (Grupo A) a maioria era do sexo feminino (94,1%). A média de idade foi de $31,09 \pm 9,29$ (Mediana: 31 anos, Mínimo: 18; Máximo: 50 anos). Em relação à escolaridade, 23,5% tinham o ensino médio incompleto, 23,5% ensino médio completo, 11,8% nível técnico completo, 11,8% nível superior incompleto e 29,4% nível superior completo, destes dois cursavam pós-graduação *Lato Sensu* e um já havia concluído a pós-graduação – sendo que este era ACS.

Quanto ao estado civil, 52,9% dos profissionais eram solteiros, 41,2% eram casados e 5,9% viviam em comunhão livre. Dos entrevistados, 29,4% tinham filhos, sendo que destes, 80% afirmaram que seus filhos foram amamentados. Em relação à capacitação em aleitamento materno, 82,4% relataram não ter recebido nenhum curso específico sobre o assunto.

Já dos profissionais que participaram do grupo focal (Grupo B), 80% foram entrevistados individualmente. Os 20% restante (n=3), isto é, profissionais do grupo focal que não foram entrevistados; em relação à escolaridade, 66,7% tinham o ensino superior completo e 33,3% o nível técnico completo. Quanto ao estado civil, todos os profissionais eram solteiros. Em relação à capacitação em aleitamento materno, 66,7% relataram não ter recebido nenhum curso específico sobre o assunto.

Perfil das mães entrevistadas

Das 58 mães entrevistadas (Grupo C), 10,3% eram adolescentes (faixa etária de 16 a 19 anos), e 5,2% tinham mais de 35 anos; a média de idade materna foi de $25,29 \pm 5,41$ anos (Mediana: 24 anos; Mínimo: 16 anos; Máximo: 37 anos). A maioria, 56,9%, apresentava o ensino fundamental incompleto e apenas 1,7% possuía o ensino superior completo. Em relação ao estado civil, 51,7% das mulheres entrevistadas eram casadas, 32,8% viviam em comunhão livre, 13,8% eram solteiras e 1,7% eram divorciadas.

Quanto à ocupação, as mães entrevistadas em sua maioria eram donas de casa (82,8%). Já a renda familiar, a média de ganho mensal era de R\$504,25 \pm 297,34. Ressalta-se que a mediana da renda familiar mensal foi de R\$380,00 – um salário mínimo de referência no período em que ocorreu o estudo – (Mínimo: R\$85,00; Máximo: 1.425,00).

Aleitamento materno: a visão dos profissionais de saúde

No que se refere ao posicionamento frente à amamentação, este foi descrito pelos profissionais entrevistados como: ótimo, importante, fundamental e essencial, sendo que os relatos sobre as vantagens do aleitamento materno para a criança vinham sempre em primeiro lugar:

“A criança que amamenta, ela é mais saudável, não tem problema de gripe, não tem problema de desnutrição. É... tá sempre com o peso normal.” (Profissional 3)

“...além de ser a primeira vacina da criança, né, ele (o leite materno) tem todos os anticorpos que a criança tem que receber assim... pra ela ficar protegida mesmo, né, de todos os problemas de saúde que eles possam vir a ter...” (Profissional 4)

“Acho que é, no mais popular mesmo, indispensável pra saúde da criança - mental, física, tudo...” (Profissional 14)

Analisando os depoimentos, observou-se que o ato de amamentar foi considerado importante para o bebê por proporcionar boas condições de saúde, prevenir doenças, além de proteger a criança devido à imunidade conferida pelo leite materno – *a primeira vacina do bebê*.

No presente estudo foi observado, também, que o amamentar aparece como uma obrigação da mulher enquanto ser mãe, conforme ilustram as falas que se seguem:

“Ah! Eu acho que todas as mães devem amamentar...” (Profissional 1)

“Nossa... acho que o aleitamento é a primeira coisa que a mãe tem que pensar...” (Profissional 4)

“É a única coisa que a mãe tem que fazer (Risos).” (Profissional 6)

Ainda, no que concerne a opinião dos profissionais em relação ao aleitamento materno, apreendeu-se dos relatos representações relacionadas ao baixo custo desta prática, considerada pelos entrevistados de suma importância, uma vez que, segundo os mesmos, a população atendida apresenta um baixo nível socioeconômico:

“(O leite) é de graça, não paga nada, né!” (Profissional 1)

“O leite materno também é barato, porque não custa dinheiro...” (Profissional 11)

Na vivência cotidiana do profissional de saúde, ações verticalizadas e normatizadas, bem como o reducionismo biológico se fazem presente, negligenciando outras facetas inerentes ao processo saúde-doença, tais como os aspectos histórico, social e cultural (NAKANO *et al.*, 2007; MONTEIRO, 2000).

Os profissionais de saúde constroem sua assistência à nutriz através dos significados por eles atribuídos ao aleitamento materno, sendo, a crença na amamentação como um ato instintivo e biológico, o elemento mais forte na construção desse atendimento. (SILVA, 2001). Esses resultados vão ao encontro dos estudos desenvolvidos por RAMOS e ALMEIDA (2003) e NAKANO (2003), no qual o

significado da amamentação aparece pautado na possibilidade da mãe dar o *melhor para o bebê*, ou seja, *uma condição emblemática de ser uma boa mãe*.

Há que se salientar, todavia, que os discursos produzidos pelos profissionais estudados estão alicerçados subliminarmente pelo modelo *higienista*, que tem como premissas: o ato de amamentar como responsabilidade exclusiva da mulher enquanto protagonista da amamentação, bem como o aleitamento materno visto apenas sob a óptica das vantagens para o bebê (ALMEIDA, 1999).

Neste sentido, destaca-se a importância do profissional de saúde perceber a sua importância como coadjuvante e cúmplice da mulher-mãe durante o puerpério e a amamentação (SOUZA, 2004), escutando e fornecendo informações, orientações e conselhos à nutriz sobre o aleitamento materno, de maneira que o cuidado transcenda o aspecto biológico, abrangendo dimensões sociais e culturais.

Capacitação profissional em amamentação: a lacuna entre o conhecimento e a práxis

Quando se questionou aos profissionais de saúde se estes se consideravam capacitados para orientar as mães coimbrenses sobre a prática correta de aleitamento materno, as respostas apontam para uma necessidade de capacitação, bem como de esclarecimentos referente às questões relacionadas à *práxis* cotidiana. Não obstante, a maioria dos profissionais entrevistados salientou que um conhecimento básico sobre a amamentação eles conseguiam passar para as mulheres atendidas:

“É... pelo que a gente anda lendo, o que a gente leu, acho que... dá pra dar uma noção pra mãe, né, do que é o aleitamento, qual a importância, né, quais os benefícios que traz pra criança. Acho que o básico dá pra gente orientar.”
(Profissional 4)

“Eu acho que... o pouco que a gente sabe, já tá passando pra ela e ajuda um pouco, né!” (Profissional 6)

Outra questão importante encontrada nesse estudo refere-se ao fato de que grande parte dos conhecimentos repassados pelos profissionais coimbrenses às mães foi obtida através da sua vivência, como mãe, ou da observação de mães da comunidade na qual vivem e/ou trabalham, o que aponta para uma falha na capacitação e educação desses profissionais:

“Eu acho que... (Risos). Eu acho que eu fiz tudo direitinho... como me ensinaram com o meu e eu tô passando pra frente.” (Profissional 5)

“Oh! O que eu sei foi geralmente assim... de experiência de pessoas que passaram pra mim.” (Profissional 12)

Cabe destacar, ainda, que alguns profissionais de saúde coimbrenses informaram não se considerar capacitados para orientar a mulher durante o período de amamentação, devido ao fato de não terem vivenciado a maternidade e a amamentação, o que reforça o achado apontado por este estudo da necessidade de implementação de política de capacitação profissional voltada para a prática do aleitamento materno:

“Olha, eu considero sim em termos. Eu não tenho muita experiência porque eu não tenho filhos...” (Profissional 1)

“Isso é o que eu falo, porque eu não sei, eu não tenho experiência nenhuma (Risos)” (Profissional 2)

“...porque eu não fui mãe, eu não tenho experiência nenhuma com isso ainda e por isto que eu não tenho preparo, eu não sei mesmo” (Profissional 8)

“Eu acho, eu não sou mãe, eu não posso falar muita coisa, eu não tenho muita experiência...” (Profissional 9)

No presente estudo, verificou-se que os profissionais seguem mais a sua experiência de mãe ou aquela adquirida da observação de outras mães, não se baseando nos conhecimentos científicos – que seria o ideal, fato este também observado nos estudos de MONTEIRO (2000) e SOUZA (2004). Vale ressaltar que a não vivência da maternidade e da amamentação não “desqualifica” o profissional que trabalha com mulheres-mães, principalmente se este estiver capacitado nestas temáticas (MONTEIRO, 2000).

Os resultados apontados nesse trabalho vão ao encontro a assertiva de BECKER (2001, p.77): “de nada adianta um profissional consciente da importância da amamentação e atuante em sua promoção se o mesmo fornecer informações erradas às mães ou se não souber apoiá-las em manejos adequados”.

Contudo, os profissionais coimbrenses demonstram em seus depoimentos a necessidade de adquirir um embasamento teórico mais aprofundado em torno do aleitamento materno, resultado semelhante ao encontrado por CICONI, VENÂNCIO e ESCUDER (2004). Este fato remete à importância da implementação de políticas de

capacitação e educação permanente em amamentação para o desenvolvimento de ações mais resolutivas a favor do aleitamento.

De acordo com CALDEIRA *et al.* (2007) e SILVA, ARAÚJO e BITTENCOURT (2008), faz-se necessário o investimento contínuo na sensibilização e na capacitação dos profissionais sobre esta prática de maneira a melhorar os índices de amamentação.

Para isso, é de fundamental importância os cursos de aperfeiçoamento, atualização e de educação continuada, com intuito de formar profissionais comprometidos com a atual política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Percepção de profissionais de saúde e nutrizes sobre o aleitamento materno: consenso e dissensos

Quanto às principais queixas das mulheres atendidas no PSF de Coimbra durante o puerpério, segundo os profissionais entrevistados, a maioria dos depoimentos se refere às questões relacionadas ao bebê, tais como: dor de barriga nos primeiros meses de vida e dificuldade de dormir a noite devido às mamadas noturnas, conforme ilustram os depoimentos que se seguem:

“Criança chorando muito e não deixa dormir... (Pausa) Dor de barriga da criança, né!” (Profissional 3)

“É rachadura no peito, criança tem dificuldade de pegar o peito... criança mama muito à noite... (Pausa) Reclamam de muita coisa... dor de barriga que em até três meses.” (Profissional 5)

Além disso, os profissionais relataram que as nutrizes coimbrenses se queixavam de intercorrências mamárias e da qualidade/quantidade do leite por elas produzido, conforme se ilustra nas falas que se seguem:

“Ah! Em relação à amamentação... porque dói muito, né! Fica muito tempo acordada a noite com o nenê... troca o dia pela noite... a noite pelo dia... ou o dia pela noite? Acorda de dez em dez minutos, tá acordada... quer mamá... elas acham que o leite não tá sustentando...” (Profissional 1)

“Que o peito dói, não sei que lá... mas logo na primeira semana, geralmente, a pessoa tem aquelas moléstias: dor no peito... mas isso é uma questão de costume...”

passou aquela semana de adaptação... porque geralmente fere mesmo! Então... dá uma sensação de dor, mas depois passa...” (Profissional 4)

“Pra mim elas reclamam mais, geralmente, que o leite é fraco.” (Profissional 15)

Ainda, como forma de ampliar o olhar sob o fenômeno da amamentação, foi perguntado aos profissionais de saúde e às mães questões similares sobre o aleitamento materno. Outrossim, o presente estudo questionou as mães coimbrenses se elas haviam recebido orientações durante a gestação e o puerpério e que orientações receberam; e aos profissionais foi perguntado se haviam realizado alguma orientação às nutrizes e quais foram os temas contemplados. A síntese destes resultados está disposta na Tabela 1.

Tabela 1 – Temas convergentes e divergentes entre os membros da equipe do Programa de Saúde da Família e as nutrizes de Coimbra – MG, 2007.

Temas	Grupo A: Profissionais de saúde entrevistados	Grupo B: Profissionais de saúde do Grupo Focal	Grupo C: Mães de crianças menores de dois anos de idade
Opinião sobre a amamentação	Enfoca, principalmente, os benefícios para o bebê. Considera a amamentação um dever materno. Importante do ponto de vista econômico.	<i>Aspecto não abordado no grupo focal</i>	Enfoca, principalmente, os benefícios para o bebê. Através dos relatos, observou-se que as mães que não conseguiram amamentar os seus filhos se sentem frustradas e ao mesmo tempo culpadas por não ter se esforçado mais para amamentá-lo.
Opinião sobre o uso de chupetas	A maioria não recomenda o uso de chupeta. Contudo, alguns profissionais acreditam que a chupeta auxilia a nutriz, pois acalma a criança, principalmente na hora do choro, e permite que a mulher realize outras atividades.	A maioria não recomenda o uso de chupeta.	Apesar de serem orientadas para não oferecer chupeta e de conhecerem os malefícios da utilização deste objeto, a maioria das mães tentou dar ou deu chupeta para o seu filho. Os motivos para a utilização deste objeto pelas mães foram por acalantar, acalmar a criança, principalmente durante o choro.
Opinião sobre o uso de mamadeiras	A maioria não recomenda o uso de mamadeira.	A maioria não recomenda o uso de mamadeira. Contudo, alguns profissionais de saúde, principalmente os ACS, defendem o uso das mamadeiras somente para as mães que trabalham.	Apesar de conhecerem os malefícios do uso de mamadeiras, a maior parte das mães tentou dar ou deu este objeto ao bebê. Os motivos para a utilização de mamadeiras estavam relacionados à introdução de outro leite na alimentação do bebê, justificada pelo “leite insuficiente, pouco leite” ou “leite não sustenta”.

Cont. Tabela 1

Temas	Grupo A: Profissionais de saúde entrevistados	Grupo B: Profissionais de saúde do Grupo Focal	Grupo C: Mães de crianças menores de dois anos de idade
Opinião sobre a utilização de leite materno e água e chá	Desnecessários, pois a necessidade hídrica do bebê.	A maioria dos profissionais de saúde relata que a mãe pode oferecer água e chá para a criança, pois estes líquidos não fazem mal à saúde do bebê. Ressalta-se que principalmente o uso de chá nos casos em que a criança apresenta dor de barriga é visto com bons olhos pelos ACS.	Apesar de serem orientadas pelos profissionais de saúde para não oferecer água e chá ao bebê até os seis meses, a maioria das mães deu estes líquidos ao seu filho alegando que a criança poderia estar com sede, devido ao calor (no caso da água) ou para aliviar as dores de barriga, gases ou mesmo para acalmar o bebê (no caso do chá).
Leite fraco	A maioria não acredita na existência do leite fraco - o leite humano contém todos os nutrientes que a criança precisa.	A maioria não acredita na existência do leite fraco - o leite humano contém todos os nutrientes que a criança precisa.	Ressalta-se que durante a amamentação algumas mães tiveram dúvida sobre a qualidade do seu leite, mas estas procuraram os profissionais do PSF, com o intuito de esclarecer esta questão. Nestes casos os profissionais afirmaram que não existe leite fraco.
Leite insuficiente	A maioria acredita que todas as mães são capazes de produzir leite na quantidade adequada para o seu bebê.	A maioria acredita que todas as mães são capazes de produzir leite na quantidade adequada para o seu bebê. Alguns profissionais responsabilizam a mãe quando esta relata que não consegue produzir o leite na quantidade adequada.	A maior parte das mulheres entrevistadas acredita que algumas mães são desprovidas da capacidade de produzir leite na quantidade necessária para o seu bebê. Através dos depoimentos podemos extrair algumas representações relacionadas com a quantidade de leite produzido e que podem levar ao desmame precoce, tais como: “leite secou”, “pouco leite”, “leite não sustenta”.
Orientações durante o pós-natal	Orientam sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até 6 meses. Orientam sobre a posição e os benefícios da amamentação. Orientam a realização do teste do pezinho. Orientam sobre os cuidados com o bebê, principalmente em relação ao umbigo.	<i>Aspecto não abordado no grupo focal</i>	Os profissionais do PSF incentivavam as mulheres a amamentar seus filhos, principalmente até os seis meses de maneira exclusiva. Os profissionais ensinavam como iniciar a introdução de novos alimentos na dieta do bebê.

Analisando as queixas das mulheres no pós-parto e as orientações fornecidas nesta fase de vida da mulher-mãe (Tabela 1) observa-se uma incoerência entre o discurso dos profissionais coimbrenses e a realidade materna. Apesar do profissional de saúde conhecer e relatar as queixas, dúvidas e anseios da mulher-mãe, os resultados

deste estudo apontam para a existência de um grande fosso entre o conhecimento relatado pelo profissional e a práxis cotidiana do serviço de saúde, já que em suas orientações estes não contemplam as reais necessidades da mulher-mãe.

Destaca-se que as práticas dos profissionais entrevistados se reduzem às ações de ordem biológica e aos procedimentos de rotina, resultados estes semelhante aos encontrados por RAMOS e ALMEIDA (2003), os quais verificaram que apesar dos profissionais identificarem os anseios da nutriz, a sua prática assistencial ainda encontrava-se enraizada no *higienismo* e no *biologismo*.

Segundo SILVA (2000, p.368), “reduzir a experiência de amamentar ao modelo biológico e altruísta, não contempla as possibilidades de atuação do profissional, pois não reflete o processo de amamentar do ponto de vista da mulher, que é, em última análise, quem toma as decisões e o rumo do aleitamento”.

MONTEIRO (2000) ressalta, ainda, que a capacidade do profissional de saúde de ouvir a mulher, independente de seu estado fisiológico, através de uma escuta ativa e sensível é determinante para uma prática assistencial capaz de solucionar os problemas da nutriz. Para ARANTES (1995), o encontro entre o profissional e a mulher-mãe deve valorizar o olhar da protagonista sobre essa prática.

A análise da Tabela 1 aponta ainda para a divergência entre as respostas dos profissionais e das nutrizes, assim como entre os próprios profissionais, evidenciando desta forma, a presença de um discurso contraditório no que toca a amamentação, destacando-se o uso de chupetas e mamadeira e a introdução precoce de chá e água. Observou-se, também, incoerência das ESF quanto ao estabelecimento de prioridades relativas às orientações, as quais não contemplam possíveis motivos para o desmame, como: “leite secou”, “leite insuficiente, pouco leite”, “leite não sustenta”, “leite não mata a sede do bebê”, dentre outros, representações estas encontradas nos depoimentos das mães coimbrenses.

Tal discrepância aponta para a necessidade de que o profissional de saúde conheça intimamente o contexto no qual a mulher que amamenta está inserida, bem como os símbolos significantes que as mães utilizam na decisão de amamentar.

É importante destacar que os profissionais configuram-se em um elemento chave a favor do aleitamento materno perante a mulher-mãe, pois estas necessitam que um atendimento especializado capaz de auxiliá-las no processo de amamentar, de maneira superar os obstáculos vivenciados no decorrer do aleitamento (ARAÚJO e ALMEIDA, 2007).

CONCLUSÃO

Neste estudo procurou-se, a partir da apreensão dos depoimentos dos profissionais de saúde, explorar aspectos que podem influenciar positiva ou negativamente o atendimento diferenciado ao grupo materno-infantil, de maneira a promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

Sob essa lógica, observou-se que os profissionais do PSF do município de Coimbra encaram o ato de amamentar como uma prática biológica focada no recém-nascido e de exclusiva responsabilidade da mulher-mãe. Esta concepção pode fazer com que a nutriz sintam-se pressionada pelos profissionais de saúde, gerando o sentimento de culpa e de frustração perante o insucesso da amamentação, o que foi observado no discurso das mães entrevistadas.

No que se refere à capacitação dos profissionais coimbrenses em aleitamento materno, verificou-se que os próprios profissionais percebem a necessidade de educação permanente, o que se comprova pelos relatos de que suas orientações se embasam mais na vivência e observação (da maternidade e da amamentação) do que no conhecimento científico. As orientações dadas à mulher-mãe são em sua maioria, reflexos do modelo biomédico e mecanicista, não contemplando aspectos sociais e culturais desta prática.

Dentro desta perspectiva, o presente estudo evidenciou, também, importantes divergências entre as falas dos profissionais e das nutrizes em relação ao aleitamento, discrepâncias estas que podem ser causa da interrupção precoce da amamentação; o que aponta para a necessidade de capacitação destes profissionais de modo a possibilitar o embasamento teórico sólido das suas ações, tornando-as mais eficazes em prol do aleitamento.

Neste sentido, revestem-se de fundamental importância as políticas de educação continuada e o papel das instituições de ensino como elementos-chaves na capacitação em amamentação, de maneira a formar profissionais capazes de responder as demandas sociais, tomando decisões a favor do aleitamento dentro do cotidiano das Unidades de Saúde da Família.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALMEIDA, J.A.G. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ARANTES, C.I.S. Amamentação – visão das mulheres que amamentam. *J Pediatr*, v.71, n.4, p.195-202. 1995.

ARAÚJO, R.M.A.; ALMEIDA, J.A.G. Aleitamento materno: desafio de compreender a vivência. *Rev. Nutrição*, v.20, n.4, p.431-438. 2007.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: edições 70, 1977.

BECKER, D. *No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica – DEAB. A regionalização e a atenção básica - desafios da NOAS-SUS 01/2001 e os instrumentos que oferece para reorganizar o sistema. *Saúde Família*, n.4, p.11-16. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto pela Saúde*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1021. Acesso em: 12 de ago. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Série: Pactos pela saúde 2006, volume 7. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família - PSF*. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Política de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Guia alimentar para crianças menores de dois anos*. Brasília: MS, 2002b.

CALDEIRA, A.P.; AGUIAR, G.N.; MAGALHÃES, W.A.C.; FAGUNDES, G.C. Conhecimento e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.8, p.1965-1970. 2007.

CICONI, R.C.V.; VENÂNCIO, S.I.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v.4, n.2, p.193-202. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Dados Populacionais - 2007*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em: 05 de mai. 2008.

LANA, A.P.B.; LAMOUNIER, J.A.; CÉSAR, C.C. Impacto de um programa para a promoção da amamentação em um centro de saúde. *J Pediatr*, v.80, n.3, p.235-240. 2004.

MINAYO, M.C.S. *Avaliação por triangulação de métodos*. Ed. FIOCRUZ, 2005.

MINAYO, M.C.S. *Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa qualitativa*. In: _____ . *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis - Rio de Janeiro: Ed. Vozes. Ed. 21.1994.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, Ed.10. 2006.

MONTEIRO, K.A. *O nutricionista e a amamentação: formação e docência para uma prática profissional*. 2000. 170 p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000.

NAKANO, M.A.S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. *Cad. Saúde Pública*, v.19, supl. 2, p.355-363. 2003.

NAKANO, M.A.S.; REIS, M.C.G.; PEREIRA, M.J.B.; GOMES, F.A. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, n.15, v.2, p.230-238. 2007.

OLIVEIRA, M.I. *10 passos para Centros/Postos/Unidades de Saúde da Família*. Disponível em: http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=1&id_artigo=441&id_subcategoria=2. Acesso em: 13 de jun. 2008.

RAMOS, C.V.; ALMEIDA, J.A.G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr*, v.79, n.5, p.385-390. 2003.

SILVA, C.F.; ARAÚJO, P.M.; BITTENCOURT, R.A. Aleitamento materno entre profissionais de saúde da família. *Rev Enferm UFPE On Line*, v.2, n.2, p.171-6. 2008.

SILVA, I.A. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. *Rev. Esc. Enf.*, v.34, n.4, p. 362-369. 2000.

SILVA, I.A. O profissional re-conhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. *Fam. Saúde Desenv.*, v.3, n.1, p.7-14. 2001.

SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; VEIGA, J.P.C. *Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos*. In: Minayo MCS. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

SOUZA, L.M.B.M. *“Promoção, Proteção e Apoio.” Apoio? Representações Sociais em Aleitamento Materno*. Rio de Janeiro: Papel Virtual Editora, 2004.

CONCLUSÕES GERAIS

- O aleitamento materno demonstrou-se fortemente influenciado pelo contexto sócio-cultural em que está inserida a nutriz, bem como pela sua rede social.
- A rede social das entrevistadas foi composta por familiares, pessoas que viviam próximas à mulher-mãe, pai da criança e profissionais de saúde, sendo que estes indivíduos estabeleceram, por meio de suas relações com a nutriz, vínculos positivos e negativos. Nesse sentido, observou-se que a rede social funcionou tanto como uma rede de apoio, quanto como uma rede geradora de conflitos, que influenciarão as atitudes das mulheres frente à amamentação.
- O ato de se alimentar das entrevistadas foi composto por prescrições e proibições que visavam beneficiar mãe e bebê durante o puerpério e a amamentação. Ressalta-se, ainda, que estas prescrições e proibições estão pautadas na idéia de que tudo o que a mulher-mãe ingere será passado ao bebê através do leite materno.
- Verificou-se a presença dos chamados lactogogos na dieta da lactante, o que mostra que esta crença continua sendo repassada através das gerações.
- A concepção, dos profissionais de saúde do município, do ato de amamentar como uma prática biológica focada no recém-nascido e de exclusiva responsabilidade da mulher-mãe mostrou-se fortemente presente na fala dos entrevistados. Esta concepção pode fazer com que a nutriz sinta-se pressionada pelos profissionais de saúde, gerando o sentimento de culpa e de frustração perante o insucesso da amamentação, o que foi observado no discurso das mães entrevistadas.
- No que se refere à capacitação dos profissionais entrevistados em aleitamento materno, estes expressavam a necessidade de educação permanente e continuada. Sendo reforçado em seus relatos que suas orientações se baseiam mais na vivência e observação (da maternidade e da amamentação) advindas do *sensu comum* do que no conhecimento científico; o que acarreta em orientações em sua maioria, baseadas no modelo biomédico e mecanicista, deixando de lado os aspectos sociais e culturais desta prática.

- Encontrou-se uma incoerência entre o discurso dos profissionais coimbrenses e a realidade materna, pois apesar do profissional de saúde conhecer e relatar as queixas, dúvidas e anseios da mulher-mãe, os resultados deste estudo apontaram para a existência de um grande fosso entre o conhecimento relatado pelo profissional e a práxis cotidiana do serviço de saúde, o que pode justificar a interrupção precoce da amamentação.
- Analisando o discurso materno, a representação: “*amamentar é dar o melhor para o bebê*”, apresentou um significado positivo para as mães coimbrenses, pois se refere às vantagens que o aleitamento pode proporcionar ao bebê, aspecto que pode servir de estímulo para a mulher-mãe amamentar o seu filho.
- A utilização de chupeta e mamadeira juntamente com a oferta precoce de chá e água são reflexos da insegurança da mulher-mãe frente à sua capacidade de amamentar, demonstrada pelas representações: “*o leite materno não mata a sede do bebê*”, “*a chupeta é uma ajuda para a mãe*”, “*leite fraco*”, “*pouco leite*”, dentre outras. Destaca-se que estas atitudes e concepções muitas vezes levam à interrupção precoce do aleitamento materno.

Com o objetivo de contribuir para o planejamento das ações de saúde local, a seguir destaca-se algumas contribuições para os gestores e profissionais de saúde especialmente os da atenção primária, referentes às ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno:

- A atenção à nutriz deve ser pautada em uma relação de alteridade e humanização, fomentada pela escuta ativa e sensível, bem como pelo estabelecimento de vínculos entre profissionais de saúde e lactantes, trabalhando as dúvidas, angústias, mitos e crenças que fazem parte da vivência da mulher durante este período, de forma cotidiana e contínua. A ampliação do olhar dos profissionais de saúde sobre a experiência da amamentação, tanto pelo conhecimento das representações construídas pela população referência em seu território de atuação, como também pela compreensão do modo como estas são produzidas, atualizadas ou transformadas, seguramente contribuirá para o planejamento das ações de saúde local.

- Conhecer o hábito alimentar da mulher durante o puerpério e o aleitamento materno para que possa construir um saber que englobe o conhecimento do *sensu comuni*, de maneira a orientar este grupo sem desvalorizar seus hábitos e crenças, almejando assim uma maior aceitação e execução das orientações dadas.
- Os profissionais de saúde devem conhecer o contexto no quais as nutrizes estão inseridas – principalmente suas dúvidas, angústias, mitos e crenças em relação à amamentação, de maneira a refletir e trabalhar questões importantes e presentes no discurso das mães, com o intuito de incentivar e promover o sucesso do aleitamento materno.
- Inserir os indivíduos que compõem a rede social da nutriz nas atividades de educação e promoção em saúde durante a gestação e o puerpério, o que implica estar atento e compreender a percepção destas pessoas sobre a amamentação, bem como a interferência destes na decisão da nutriz de amamentar ou não seu filho.
- As políticas públicas em prol da amamentação devem ser criadas e desenvolvidas em consonância com a realidade local, considerando as crenças, os mitos e os valores do aleitamento materno, tornando as ações de saúde mais condizentes com as necessidades das mulheres-mães que vivenciam a amamentação.
- Investir em políticas de educação continuada que visem à capacitação profissional em aleitamento materno, de maneira a formar profissionais capazes de responder as demandas sociais, tomando decisões a favor da amamentação dentro do cotidiano das Unidades de Saúde da Família.

Por fim, vale ressaltar que este estudo, permitiu (re)conhecer aspectos pouco explorados acerca do aleitamento materno sob a óptica da rede social (mãe, pai, avós e profissionais de saúde), sendo importantes subsídios para a formulação de novas políticas públicas em prol da amamentação, bem como para compreensão dessa prática a partir do olhar daqueles atores sociais que a vivenciam.

Anexos

ANEXO I:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE
 Tel.: 031 3899-2542 Fax: 031 3899-2541



QUESTIONÁRIO ÀS MÃES COM FILHOS MENORES DE 2 ANOS

Entrevistador: _____

Data: ___/___/___

Questionário nº _____

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome do entrevistado: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____ 1.2 Idade: _____ anos

1.3 Estado Civil: () solteiro () casado () amigado/amasiado () outros, _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel: _____ 1.4 Zona: () Urbana () Rural

1.5 Escolaridade: () Analfabeto () 1ª a 4 completo () 1ª a 4 incompleto
 () 5ª à 8ª completo () 5ª à 8ª incompleto
 () ensino médio completo () ensino médio incompleto
 () ensino superior completo () ensino superior incompleto

1.6 Profissão: _____

1.7 Está empregada? () Sim () Não

1.7.1 Está de licença maternidade? () Sim () Não

1.7.2 Contribui para a renda familiar? () Sim () Não

1.7.3 Se sim, em quanto? _____

1.8 Qual é a renda mensal da família: _____

1.9 Habitação: () casa própria () casa alugada () casa cedida

1.10 Quantas pessoas residem na casa? _____

1.11 Quando você era pequena, sua mãe te deu de mamar no peito?

1.12 Quantos filhos você tem? _____

1.13 Seus filhos mamaram/mamam no peito?

Se sim, completar o quadro abaixo sobre Aleitamento materno (AM):

Nome	Idade (atual)	Tipo de AM	Idade de AME (meses)	No caso de AMP. Especificar os alimentos dados ao bebê

Tipo de AM: 1) Exclusivo; 2) Predominante

Se não, justifique: _____

2. INFORMAÇÕES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

2.1 Você já participou de algum curso ou palestra sobre AM? () Sim () Não

2.1.1 Em que local? _____

2.2 Nesta última gestação, você fez o pré-natal? () Sim () Não

2.2.1 Em que local foi realizado? _____

2.3 Você recebeu alguma orientação sobre amamentação durante a consulta de pré-natal? () Sim () Não

2.3.1 Se sim, quais? _____

2.3.2 Qual(is) profissional(is) a orientou? _____

2.4 Após o nascimento da criança, você frequentou os atendimentos de puericultura?

Você levou a criança ao pediatra? () Sim () Não

2.4.1 Em que local foi realizado? _____

2.5 Você recebeu alguma orientação sobre o aleitamento materno durante o atendimento pós-natal? () Sim () Não

2.5.1 Se sim, quais? _____

2.5.2 Qual(is) profissional(is) a orientou? _____

2.6 Você recebeu alguma visita domiciliar durante a gestação e após o nascimento do bebê? Qual(is) profissional(is) realizou a VD? Recebeu alguma orientação durante a VD? _____

2.7 Qual a sua opinião sobre a prática do Aleitamento materno?

2.8 Liste algumas vantagens da amamentação para o bebê.

2.9 Liste algumas vantagens da amamentação para a mãe.

2.10 Na sua opinião, a prática da amamentação pode oferecer outros benefícios além daqueles conferidos à mãe e ao bebê? Se sim, para quem? Qual(is) benefício(s)? _____

2.11 Na sua opinião, como o bebê deve ser alimentado até os seis meses de idade?

2.12 Quando ou em que horários o bebê deve ser amamentado?

2.13 Para você, toda mulher produz leite na quantidade suficiente para atender as necessidades do bebê? _____

2.14 Para você, existe *leite fraco*? _____

2.15 Você deu/dá água e/ou chá para a criança nos seus seis primeiros meses de vida? Em quais ocasiões? O que o profissional de saúde te orientou sobre isto? _____

2.16 Você deu/dá mamadeira e/ou chupeta para a criança? Se sim, desde quantos meses? Em quais ocasiões? O que o profissional de saúde te orientou sobre isto? _____

2.17 Para você, existe pontos negativos na amamentação? _____

2.18 Na sua opinião, a mulher que está amamentando necessita de uma alimentação especial? O que ela deve comer? Por quê? _____

2.19 Para você, existe algum(ns) alimento(s) que a mulher que está amamentando não deve comer? Quais? Por quê? _____

2.20 Para você, existe algum(ns) alimento(s) que quando consumido(s) aumenta(m) a produção de leite? _____

2.21 Você teve alguma dificuldade para iniciar o aleitamento materno? _____

2.22 Você recebe(eu) ajuda/apoio de alguém depois do nascimento do bebê? De quem?
Em que esta pessoa te ajudou? _____

2.23 Quais pessoas (familiar ou não) mais conviveram/convivem com você após o nascimento da criança? Teve alguém que se distanciou de você após o nascimento do bebê?

Indivíduo	Tipo de relação (Normal, forte, frágil, conflituosa, interrompida, ruptura/separação)
Profissionais de saúde	

2.24 Você recebeu algum conselho/orientação de outras pessoas que não fossem os profissionais de saúde? De quem? Quais foram as orientações recebidas? _____

2.25 Você notou alguma mudança no seu relacionamento conjugal durante o período em que você estava amamentando? Se sim, quais? Você acha que esta mudança interferiu na amamentação da criança? Se sim, de que forma? _____

2.26 Para você, o que é ser mãe? _____

Qual o sentimento que você teve ao participar desta entrevista?

Observações do entrevistador:

ANEXO II:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE
Tel.: 031 3899-2542 Fax: 031 3899-2541



QUESTIONÁRIO AOS PAIS COM FILHOS MENORES DE 2 ANOS

Entrevistador: _____

Data: ___/___/___

Questionário nº _____

IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome do entrevistado: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____ 1.2 Idade: _____ anos

1.3 Estado Civil: () solteiro () casado () outros, _____

1.4 Mora com mãe da criança: () Sim () Não

1.4.1 Se não, com que frequência você a visita? _____

1.5 Escolaridade: () Analfabeto () 1ª a 4 completo () 1ª a 4 incompleto
 () 5ª à 8ª completo () 5ª à 8ª incompleto
 () ensino médio completo () ensino médio incompleto
 () ensino superior completo () ensino superior incompleto

1.6 Profissão: _____ 1.7 Está trabalhando? () Sim () Não

1.8 Contribui para a renda familiar? () Sim () Não

1.8.1 Se sim, em quanto? _____

1.9 Caso esteja separado, dá pensão a criança? () Sim () Não

1.9.1 Se sim, de quanto? _____

1.10 Quando você era pequeno, sua mãe te deu de mamar no peito?

2. INFORMAÇÕES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

2.1 Você já acompanhou sua esposa em alguma consulta de pré-natal? Por quê?

2.2 Na sua opinião, é importante sua mulher amamentar o seu filho no peito? Por quê?

2.3 Por quanto tempo você acha que sua mulher deve amamentar seu filho só o peito? Por quê?

2.4 Você ajuda(ou) sua mulher durante a amamentação? Como? Por quê?

2.5 Na sua opinião, a mulher que está amamentando necessita de uma alimentação especial? O que ela deve comer? Por quê? _____

2.6 Para você, existe *leite fraco*? _____

2.7 Para você, toda mulher produz leite na quantidade suficiente para atender as necessidades do bebê? _____

2.8 Na sua opinião, existe necessidade de oferecer água e chá a criança nos seus seis primeiros meses de vida? Por quê? Em quais ocasiões? _____

2.9 Na sua opinião, o bebê pode receber chupetas e mamadeiras? Em quais ocasiões?

2.10 Para você, existe alguma vantagem da amamentação para o bebê? Se sim, liste-as.

2.11 Para você, existe alguma vantagem da amamentação para a mãe? Se sim, liste-as.

2.12 Pra você, existe pontos negativos na amamentação? _____

2.13 Você já deu conselhos/orientações sobre a amamentação para sua esposa? Quais?

2.14 Você notou alguma mudança no seu relacionamento conjugal durante o período em que sua mulher estava amamentando? Quais? _____

Qual o sentimento que você teve ao participar desta entrevista?

Observações do entrevistador:

ANEXO III:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE
 Tel.: 031 3899-2542 Fax: 031 3899-2541



QUESTIONÁRIO ÀS AVÓS E/OU OUTRO FAMILIAR INFLUENTE

Entrevistador: _____

Data: ___/___/___

Questionário n° _____

IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome do entrevistado: _____

1.2 () Avó materna () Avó paterna () Outros, _____

Data de Nascimento: ___/___/___ 1.3 Idade: _____ anos

1.4 Sexo: () Feminino () Masculino

1.5 Estado Civil: () solteiro(a) () casado(a) () divorciado(a) () separado(a)
() viúvo(a) () outros, _____

1.6 Mora com mãe da criança: () Sim () Não

1.6.1 Se não, com que frequência você a visita? _____

1.7 Escolaridade: () Analfabeto () 1ª a 4 completo () 1ª a 4 incompleto

() 5ª à 8ª completo () 5ª à 8ª incompleto

() ensino médio completo () ensino médio incompleto

() ensino superior completo () ensino superior incompleto

1.8 Profissão: _____ 1.9 Está trabalhando? () Sim () Não

1.9.1 Se não, é aposentado/pensionista? () Sim () Não

1.10 Contribui para a renda familiar? Ou com a família da criança? () Sim () Não

1.10.1 Se sim, em quanto? _____

1.11 Quando você era pequena, sua mãe te deu de mamar no peito?

1.12 Quantos filhos você tem? _____

1.13 Seus filhos mamaram/mamam no peito?

Se sim, completar o quadro abaixo sobre Aleitamento materno (AM):

Nome	Idade (atual)	Tipo de AM	Idade de AME (meses)	No caso de AMP. Especificar os alimentos dados ao bebê

Tipo de AM: 1) Exclusivo; 2) Predominante

Se não, justifique: _____

2. INFORMAÇÕES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

2.1 Na sua opinião, é importante sua filha amamentar seu neto no peito? Por quê? _____

2.2 Na sua opinião, por quanto tempo sua filha deve só o peito ao bebê? Por quê?

2.3 Você ajuda(ou) sua filha durante a amamentação do seu neto? Como? Por quê?

2.4 Na sua opinião, a mulher que está amamentando necessita de uma alimentação especial? O que ela deve comer? Por quê? _____

2.5 Para você, existe *leite fraco*? _____

2.6 Para você, toda mulher produz leite na quantidade suficiente para atender as necessidades do bebê? _____

2.7 Na sua opinião, existe necessidade de oferecer água e chá a criança nos seus seis primeiros meses de vida? Por quê? Em quais ocasiões? _____

2.8 Na sua opinião, o bebê pode receber chupetas e mamadeiras? Em quais ocasiões?

2.9 Para você, existe alguma vantagem da amamentação para o bebê? Se sim, liste-as.

2.10 Para você, existe alguma vantagem da amamentação para a mãe? Se sim, liste-as.

2.11 Pra você, existe pontos negativos na amamentação? _____

2.12 Você já deu conselhos/orientações sobre a amamentação para sua filha? Quais?

Qual o sentimento que você teve ao participar desta entrevista?

Observações do entrevistador:

ANEXO IV:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE
Tel.: 031 3899-2542 Fax: 031 3899-2541



QUESTIONÁRIO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Entrevistador: _____

Data: ___/___/___

Questionário nº _____

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome do Entrevistado: _____

1.2 Local de trabalho: () UBS () PSF, Zona urbana ou rural? _____

Data de Nascimento ___/___/___ 1.3 Idade: _____ anos

1.4 Sexo: () Feminino () Masculino

1.5 Estado Civil: () solteiro(a) () casado(a) () divorciado(a) () separado(a)
() viúvo(a) () outros, _____

1.6 Quando você era pequeno, sua mãe te deu de mamar no peito?

1.7 Você tem filhos? () Sim, quantos? _____ () Não

1.7.1 Seus filhos foram amamentados?

Se sim, completar o quadro abaixo sobre Aleitamento materno (AM):

Nome	Idade (atual)	Tipo de AM	Idade de AME (meses)	No caso de AMP. Especificar os alimentos dados ao bebê

Tipo de AM: 1) Exclusivo; 2) Predominante

Se não, justifique: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

2. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

2.1 Escolaridade:

() 1º Grau Completo () 1º Grau Incompleto () 2º Grau Completo

() 2º Grau Incompleto () Nível Técnico () Nível Superior

2.2 Profissão: () Médico () Enfermeiro () Auxiliar/Técnico em enfermagem
() ACS () Outros, _____

2.3 Já fez algum curso/capacitação em amamentação: () Sim () Não

2.3.1 Foi por iniciativa própria? () Sim () Não

2.3.2 Promovido: () Prefeitura () PSF () UBS
 () Secretaria Municipal de Saúde () Secretaria Estadual de Saúde
 () Ministério da Saúde () Outros, _____

Para profissionais de NÍVEL SUPERIOR:

2.4 Fez residência: () Sim, data _____ () Não
 2.4.1 Especialidade: _____ 2.4.2 Instituição: _____
 2.5 Pós-Graduação: () Sim, data _____ () Não
 2.5.1 Qual tipo de pós? () Especialização () Mestrado () Doutorado
 2.5.2 Área: _____ 2.5.3 Instituição: _____

3. ATUAÇÃO PROFISSIONAL

3.1 Quais as principais ações/atividades desenvolvidas por você para o indivíduo, a família e a comunidade? _____

3.2 Você desenvolve alguma atividade para gestantes e/ou nutrizes? Qual atividade? Com que frequência que elas ocorrem? _____

3.3 Você participa de atividades para gestantes e nutrizes? De que forma você participa destas atividades? _____

3.4 Você realiza visita domiciliar à gestante? () Sim () Não

3.4.1 Que tipo de orientações você dá nas VD? _____

3.5 Você realiza atendimento à gestante? () Sim, tipo? _____ () Não

3.5.1 Neste atendimento, você dá orientações para este grupo? Quais? _____

3.6 Quais as principais queixas das gestantes atendidas quanto à amamentação? _____

3.7 Você realiza visita domiciliar à puérpera? () Sim () Não

3.7.1 Que tipo de orientações você dá nas VD? _____

3.8 Você realiza atendimento à puérpera? () Sim, tipo? _____ () Não

3.8.1 Neste atendimento, você dá orientações para este grupo? Quais?

3.9 Quais as principais queixas das lactantes atendidas quanto à amamentação?

3.10 Qual a sua opinião sobre a prática do Aleitamento materno?

3.11 Para você, toda mulher produz leite na quantidade suficiente para atender as necessidades do bebê? _____

3.12 Para você, existe *leite fraco*? _____

3.13 Na sua opinião, existe alguma ocasião em que a mulher não pode/deve amamentar o seu bebê? _____

3.14 Como o bebê deve ser alimentado até os seis meses de idade?

3.15 Na sua opinião, existe necessidade de oferecer água e chá a criança nos seus seis primeiros meses de vida? _____

3.16 Na sua opinião, o bebê pode receber chupetas e mamadeiras?

3.17 Para você, o AM deve ser feito em horários pré-estipulados?

3.18 Para você, existe alguma vantagem da amamentação para o bebê? Se sim, liste-as.

3.19 Para você, existe alguma vantagem da amamentação para a mãe? Se sim, liste-as.

3.20 Pra você, existe pontos negativos na amamentação?

3.21 Você se considera capacitado para orientar a mãe sobre a prática correta da amamentação? _____

Qual o sentimento que você teve ao participar desta entrevista?

Observações do entrevistador:



ANEXO V:
UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE
Tel.: 031 3899-2542 Fax: 031 3899-2541



ROTEIRO GRUPO FOCAL: PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Para você, quais orientações são mais importantes sobre o aleitamento materno?
- O que você acha da participação do pai, das avós e/ou outro familiar nas atividades relacionadas ao aleitamento materno?
- Você se considera capacitado para orientar a mulher-mãe e seus familiares sobre o aleitamento materno?
- Existe leite do peito fraco? Toda a mulher produz leite na quantidade suficiente para atender as necessidades do seu bebê?
- A criança menor de seis meses necessita de água? E chás? Se sim, quando?
- É necessário o uso de bicos e chupetas para o bebê? E de mamadeiras? Se sim, por quê?

ANEXO VI:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE
Tel.: 031 3899-2542 Fax: 031 3899-2541



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

1. Título do estudo

“Aleitamento materno: (re)pensando a importância das representações sociais e da rede social no contexto local”.

2. Objetivos do estudo

Geral:

Analisar a influência das representações sociais na prática do aleitamento materno sob a óptica da rede social (mãe, pai, avós e profissionais de saúde) no município de Coimbra, MG.

Específicos:

Caracterização do perfil socioeconômico e sanitário e de amamentação de mães com filhos menores de 2 anos de idade do município de Coimbra, MG; Conhecer as representações sociais sobre a amamentação das mães, pais, avós e/ou outro familiar influente e a interferência da rede social da nutriz; sob o ponto de vista das mães com filhos menores de 2 anos e seus familiares (pai, avó ou parente mais influente); avaliar os conhecimentos e a capacitação dos profissionais de saúde que assistem a nutriz quanto à prática da amamentação e analisar a relação existente entre a orientação recebida pelas nutrizes sobre o aleitamento materno durante o pós-natal e o conhecimento da mãe sobre o assunto.

3. Local de execução

Os dados serão coletados no local de trabalho ou na residência dos entrevistados, que são: mães com filhos menores de 2 anos, pais, avós e/ou outro familiar influente, e os profissionais de saúde que atendem o grupo materno-infantil.

4. Nomes e números de telefones dos investigadores

Prof. Rosângela Minardi Mitre Cotta – 3899 3732, e-mail: rmmitre@ufv.br

Mestranda Emanuele Souza Marques – 3891 4786, e-mail: emanuelemarques@oi.com.br

Prof. Sylvia do Carmo Castro Franceschini – 3899 1162, e-mail: sylvia@ufv.br

5. Critérios de inclusão dos indivíduos

Participarão do estudo as mães de crianças menores de 2 anos de idade, os pais da criança, as avós e/ou outro familiar influente, e os profissionais de saúde que atendem o grupo materno-infantil a partir de sua autorização para inclusão no estudo.

6. Critérios de exclusão

O único critério de exclusão será a recusa dos indivíduos (as mães de crianças menores de 2 anos de idade, os pais da criança, as avós e/ou outro familiar influente, e os profissionais de saúde) em participarem do estudo;

Ressalta-se que em qualquer momento do trabalho, o indivíduo poderá decidir que não participará mais do estudo, sem que isto lhe custe nenhum ônus social.

7. Critérios de acompanhamento e assistência

Os dados serão coletados e analisados por pesquisadores devidamente treinados e capacitados.

E após análise dos dados serão propostas ações que contribuam para sanar os problemas detectados e projetos que dêem continuidade ao trabalho.

8. Descrição do estudo

O entrevistado será informado sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa, os métodos alternativos existentes e a garantia do sigilo das informações. Os esclarecimentos serão feitos em linguagem acessível e estes terão a liberdade em negar a participação, em qualquer momento do processo de trabalho.

As entrevistas serão realizadas com o auxílio de questionários semi-estruturados, sendo este espaço aberto para que os entrevistados expressem seu ponto de vista em relação ao tema estudado, além da realização de grupos focais para o mesmo fim.

Será garantido ao participante: direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade e anonimato: as informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados.

9. Benefícios da pesquisa

Todos os indivíduos serão beneficiados, pois os resultados buscarão representar o significado da amamentação para os atores diretamente envolvidos neste processo, e a partir do diagnóstico e das necessidades levantadas pretende-se propor modificações e intervenções posteriores para solução dos problemas encontrados.

10. Riscos para os indivíduos

A pesquisa não confere nenhum risco para os indivíduos.

11. Direito dos Indivíduos de recusar-se a participar ou retirar-se do estudo

A participação no estudo será voluntária e ao indivíduo confere-se o direito para recusar-se ou interromper sua participação em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo, justificativa ou penalidade.

12. Direito dos indivíduos quanto à garantia de sigilo dos dados da pesquisa

Será assegurada total privacidade com relação aos nomes dos indivíduos e dos dados obtidos no estudo.

13. Publicação das Informações

Os dados obtidos estarão disponíveis para a agência financiadora e para a equipe envolvida na pesquisa. Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros científicos, tais como: monografias, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, congressos e reuniões científicas.

Os resultados do estudo serão publicados sem citação dos nomes envolvidos.

14. Informação financeira

Os indivíduos não serão remunerados pela participação, sendo esta voluntária.

15. Dano à Saúde

Qualquer doença ocorrida durante a pesquisa não será de responsabilidade da equipe de pesquisa, uma vez que a mesma não está associada a nenhum dano à saúde.

Eu, _____ aceito
participar como entrevistado(a) da pesquisa acima referida. Data: ___/___/_____

Assinatura do sujeito de pesquisa

Assinatura do pesquisador