

UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA
MESTRADO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE

Adriana Damke Klock

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO SUCESSO DA
AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA NO MUNICÍPIO
DE FRANCISCO BELTRÃO-PR**

Joaçaba
2016

Adriana Damke Klock

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO SUCESSO DA
AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA NO MUNICÍPIO
DE FRANCISCO BELTRÃO-PR**

“Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Biociências e Saúde como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde da Universidade do Oeste de Santa Catarina”

Orientadora: Prof^a Dr^a Andréia Antoniuk Presta

Joaçaba

2016

ADRIANA DAMKE KLOCK

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO SUCESSO DA
AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA NO MUNICÍPIO
DE FRANCISCO BELTRÃO-PR**

Esta dissertação foi julgada e aprovada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde no Programa de Pós-graduação em Biociências e Saúde da Universidade do Oeste de Santa Catarina

Joaçaba, 20 de setembro de 2016

Prof. Dr. Jovani Antônio Steffani
Coordenador do Programa

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Andréia Antoniuk Presta
Orientadora

Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti
Universidade Estadual da Bahia
UESB
Examinador externo

Prof^a. Dr^a. Vilma Beltrame
Universidade do Oeste de Santa Catarina
Unoesc
Examinadora interna

Dedico esta dissertação à minha família. Oldair, companheiro de todas as horas. Bruno meu primeiro tesouro e a Carolina tesouro surpresa nesta caminhada. Amo vocês!

Agradecimentos

A Deus, por me agradecer com conquistas que vão além do sonhado, além do que a ciência pode explicar e conseguir!

Aos meus pais Gervásio e Leocádia que sempre são meu porto seguro, mesmo na distância, que neste período me apoiaram e souberam entender minha ausência física principalmente no momento de luta contra o Câncer de minha mãe!

Aos meus irmãos! Chegamos longe né!

Ao Oldair por ser companheiro e apoiador dos meus estudos. O pai exemplar e zeloso por seus filhos que fazia minhas viagens de estudo e coleta de dados (meu GPS) ficarem mais tranquilas. Te amo!

Aos meus filhos Bruno, meu tesouro primogênito, e a Carolina tesouro produção durante o mestrado. Amo vocês até o infinito! Ida e volta!

À professora e Orientadora Doutora Andréia Antoniuk Presta pela formidável orientação, onde compartilhou seu exímio conhecimento. Pelo apoio e palavras de carinho! Serei sempre muito grata!

Aos profissionais da saúde da Secretaria Municipal de Saúde pela presteza na realização deste trabalho. Obrigada!

Às mães deste estudo que em seu conhecimento empírico trouxeram tantas informações, medos, decepções, alegrias em relação à amamentação. Espero que tenha deixado um pouco de mim com vocês. Vocês com certeza me enriqueceram em experiências. Em cada visita e grupo focal me senti acolhida! Obrigada!

Aos amigos que souberam entender os momentos de ausência! Obrigada!

Aos membros da banca, Professor Doutor Cezar e Professora Doutora Vilma, obrigada pela disposição em contribuir com meu trabalho!

A coordenação e professores do Mestrado de Biociências e Saúde da Unoesc pela oportunidade de crescimento profissional.

Aos colegas de mestrado e em especial a Roselene pelos momentos de descontração, crescimento pessoal e profissional compartilhados.

RESUMO

A amamentação é um importante meio de combate à morbimortalidade infantil. O presente trabalho identifica a prevalência e os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em crianças de seis meses as percepções sobre o tema na perspectiva das mães e dos profissionais de saúde no município de Francisco Beltrão-PR. É um estudo descritivo de natureza quantitativa e qualitativa. Na primeira fase foram entrevistadas as cuidadoras principais das crianças de seis meses. Os dados foram tabulados e analisados no programa EPI INFO 3.5.2 utilizando-se testes de associação. A partir destes dados selecionaram-se grupos de mães e de profissionais de saúde para realização de grupos focais. Para análise dos dados qualitativos utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Da análise quantitativa constatou-se a prevalência de 27,1% no aleitamento materno exclusivo (AME). Foram fatores associados ao AME o não uso da chupeta ($p < 0,0001$), o tipo de parto ser normal ($p = 0,025$) e a faixa etária da mãe ser superior aos 20 anos ($p = 0,009$). Entre os motivos para o desmame precoce do AME foram associados: o trabalho ($p = 0,007$), ter pouco leite ($p = 0,002$), não ter leite ($p = 0,007$) e achar que seu leite era fraco ($p = 0,047$). Entre as mães observamos que 74,1% receberam orientação sobre amamentação, sendo 52,4% no pré natal, 28,6% no pré e no pós natal e 19,0% no pós natal, principalmente por enfermeiros (34,7%) e médicos (32,7%) demonstrando ser necessária a estimulação das ações interdisciplinares. As mães relataram que 17,9% participaram de grupo de gestante sendo que destas receberam orientação sobre amamentação. Na análise qualitativa das mães com menor AME emergiram categorias de sentimentos positivos, sentimentos negativos, dificuldades e facilidades no AME. No grupo das mães com maior AME as falas foram categorizadas em percepções positivas, negativas e ações dos profissionais da saúde. No grupo focal dos profissionais as categorias foram benefícios e dificuldades apontadas. Conclui-se sobre a necessidade de contínua avaliação e melhora na prevalência do aleitamento materno esclarecendo a população sobre a influência negativa da cultura da chupeta sobre o AME, estímulo ao parto normal por ser fator protetor do AME, prevenção da gravidez na adolescência pelo risco maior de desmame precoce nesta faixa etária. Ações de orientações interdisciplinares no ciclo gravídico puerperal precisam ser ampliadas e fortalecidas no esclarecimento do mito do leite fraco e quanto a não ter leite. As equipes precisam proteger a amamentação evitando a prescrição de leite artificial sem critérios, onde puérperas precisam ser referenciadas à sua Unidade Básica de Saúde de apoio e esta realize a visita domiciliar até o quinto dia pós-parto. Grupos de gestantes precisam ser criados e/ou fortalecidos pelas equipes e apoiados pela gestão. A família deve estar junto com a mãe nas formações e nas orientações, onde a equipe multidisciplinar entenda sua cultura. A sociedade precisa também proteger o AM em relação ao trabalho com ampliação da licença maternidade de quatro para seis meses, e reivindicar o retorno do banco de leite para a região.

Palavras chaves: Aleitamento materno. Desmame. Atenção primária. Equipe interdisciplinar.

ABSTRACT

Breastfeeding is an important method of combating infant mortality. This study intends to identify the prevalence and the factors associated with exclusive breastfeeding in six-month-old children, from the perspective of mothers and health professionals in the city of Francisco Beltrão-PR. This is a descriptive study with quantitative and qualitative approaches. In the first phase the main caregivers of the six-month-old children were interviewed. The data obtained were tabulated and analyzed in the EPI INFO 3.5.2 program, using association tests. From these data we selected groups of mothers and health professionals for conducting focus groups. To analyze the qualitative data the content analysis technique was used. From the quantitative analysis we observed the prevalence of 27.1% in the exclusive breastfeeding (EBF). Factors associated with the EBF were the absence of the pacifier use ($p < 0.0001$), the type of child-birth being normal ($p = 0.025$) and the age of the mother being superior to 20 years ($p = 0.009$). Among the reasons for early weaning of EBF were associated: work ($p = 0.007$), having little milk ($p = 0.002$), not having milk ($p = 0.007$) and the thought that their milk was weak ($p = 0.047$). Among the mothers we observed that 74.1% received guidance on breastfeeding (52.4% in prenatal, 28.6% in the pre and post natal and 19.0% in the postnatal) by nurses (34.7%) and doctors (32.7%) making the stimulation of interdisciplinary actions necessary. The mothers reported that 17.9% attended pregnant women groups, all of which received guidance on breastfeeding. In the qualitative analysis of mothers with lower percentage of EBF, categories of positive feelings, negative feelings, difficulties and facilities in the BF emerged. In the group of mothers with higher percentage of EBF we categorized the statements between positive perceptions, negative perceptions, and actions of health professionals. In the focus group of the professionals we categorized the benefits and the difficulties that were pointed out. It is concluded that there is the need for continuous assessment and improvement in the prevalence of BF, clarifying the public about the negative influence of the pacifier culture on the EBF, stimulating normal birth for being an EBF protective factor, preventing teenage pregnancies because of the increased risk of early weaning in this age group. Interdisciplinary orientation actions in the puerperal pregnancy cycle need to be expanded and strengthened, mainly in the enlightenment of the weak milk and the not having milk myths. The teams need to protect breastfeeding, avoiding the prescription of artificial milk without criteria, where mothers need to be referred to their support Basic Health Unit and they conduct home visits until the fifth day postpartum. Pregnant women groups need to be created, strengthened by the teams and supported by the management. The family should be with the mother in the training and in the guidance, so that the multidisciplinary team understands their culture. Society must also protect the BF in relation to work with the extension of the maternity leave from 4 to 6 months and claim the return of the milk bank to the region.

Keywords: Breastfeeding. Weaning. Primary care. Interdisciplinary team.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 VANTAGENS DA AMAMENTAÇÃO	12
3.2 FATORES DE SUCESSO E INSUCESSO	12
3.3 INDICADORES PARA AMAMENTAÇÃO NO BRASIL	13
3.4 ALEITAMENTO MATERNO PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL	14
3.5 ALEITAMENTO MATERNO E BIOÉTICA	15
4 MATERIAIS E MÉTODOS	18
4.1 DESENHO DO ESTUDO	18
4.2 PRIMEIRA ETAPA: DELINEAMENTO QUANTITATIVO	18
4.2.1 Local de estudo	18
4.2.2 Participantes do estudo	19
4.2.3 Identificação da população	19
4.2.4 Critérios de inclusão	19
4.2.5 Critérios de exclusão	19
4.2.6 Coleta de dados	20
4.2.7 Análise de dados	20
4.3 SEGUNDA ETAPA: DELINEAMENTO QUALITATIVO	20
4.3.1 Local do estudo	20
4.3.2 Participantes do estudo	21
4.3.3 Coleta de dados qualitativos	21
4.3.4 Análise dos dados qualitativos	21
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5.1 PRIMEIRA ETAPA: DELINEAMENTO QUANTITATIVO	23
5.1.1 Caracterização da amostra	23
5.1.2 Prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças de seis meses no município de Francisco Beltrão no ano de 2015	24
5.1.3 Fatores que facilitam e dificultam o aleitamento materno exclusivo em crianças de seis meses	25
5.1.4 Ações promotoras do aleitamento materno desenvolvidas pelas equipes multidisciplinares	29
5.2 SEGUNDA ETAPA: DELINEAMENTO QUALITATIVO	30
5.2.1 Percepção das mães com menores prevalências na amamentação exclusiva	32
5.2.1.1 Percepções positivas	33
5.2.1.2 Percepções negativas	34
5.2.1.3 Ações dos profissionais da saúde	40
5.2.2 Percepção das mães com maiores prevalências na	

amamentação exclusiva	43
5.2.2.1 Percepções positivas.....	43
5.2.2.2 Percepções negativas	45
5.2.2.3 Ações dos profissionais da saúde	53
5.2.3 Percepção dos profissionais da saúde	55
5.2.3.1 Percepções positivas dos profissionais	56
5.2.3.2 Percepções negativas dos profissionais.....	70
5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE INTERDISCIPLINARIDADE E O AM.....	80
6 CONCLUSÕES	82
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES	89
ANEXOS.....	92

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação discorre sobre prevalência e fatores associados ao sucesso da amamentação exclusiva no município de Francisco Beltrão-PR e é requisito para a obtenção do Título de Mestre em Biociências e Saúde da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campus Joaçaba. Está vinculada ao Grupo e Linha de pesquisa Promoção e Gestão em Saúde.

Ações em saúde que estimulem a amamentação geram benefícios às crianças, às suas mães e para população como um todo, uma vez que a amamentação evita mortes infantis, diarreia, infecção respiratória, diminui o risco de alergias, de hipertensão, de colesterol alto e de diabetes, reduz a chance de obesidade, melhora a nutrição, e tem efeito positivo na inteligência e no melhor desenvolvimento do sistema estomatognático. Em relação a mãe, protege contra o câncer de mama, evita nova gravidez, tem menores custos financeiros, promove o vínculo afetivo entre mãe e filho e melhor qualidade de vida (BRASIL, 2009; BRASIL, 2007).

A história da amamentação tem passado por um período de melhoria, porém, ainda apresenta disparidades regionais e poucos locais com índices satisfatórios segundo recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) em relação à amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e manutenção até o segundo ano de vida ou mais (BRASIL, 2009).

A amamentação é assunto interdisciplinar, intersetorial e depende de ações em todos os níveis de assistência: pré-natal, parto, atendimento neonatal e puerpério. A amamentação não é necessariamente instintiva, sendo necessário o apoio profissional para que ocorra seu sucesso, o que está associado a vários fatores que precisam ser identificados. Segundo a OMS, mesmo que a amamentação seja um ato natural, é também um aprendizado, sendo que praticamente todas as mães podem amamentar desde que tenham informações precisas e apoio de sua família, de comunidades e do sistema de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Para que sejam desenvolvidas ações que estimulem a amamentação é importante que se estabeleçam diagnósticos locais para apoiar ações de planejamento em saúde intersetoriais. Destaca-se aqui os setores de assistência social e de educação. Essa afirmação se confirma quando se observa a melhoria

dos índices de aleitamento materno quando aumenta a escolaridade das mães e quando estas se encontram em licença maternidade (BRASIL, 2009).

Além do perfil epidemiológico, devem-se identificar fatores socioculturais, significações, crenças e mitos dos sujeitos sociais envolvidos, pois podem ser determinantes para a amamentação e são resultados fundamentais para o planejamento em saúde e de programas de educação para a saúde.

As equipes de saúde, principalmente as que trabalham com planejamento, contam com poucas informações relativas à amamentação nos Sistemas de Informação do SUS o que corrobora a necessidade de estudos sobre o tema.

Neste sentido, a escolha da amamentação como tema de pesquisa foi motivada pelo interesse profissional e acadêmico que originou esta proposta de pesquisa, que se vale dos métodos quantitativos e qualitativos, e que busca o suporte científico para conhecer e compreender os diferentes fatores associados ao aleitamento exclusivo em crianças de seis meses, no município de Francisco Beltrão, no ano de 2015.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a prevalência e fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em crianças de seis meses, no município de Francisco Beltrão-PR.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças de seis meses no município de Francisco Beltrão no ano de 2015.

Verificar os fatores que facilitam e dificultam o aleitamento materno exclusivo em crianças de seis meses, na perspectiva das mães e dos profissionais de saúde.

Observar a existência de ações promotoras do aleitamento materno desenvolvidas pelas equipes multidisciplinares.

Identificar as ações e orientações sobre o aleitamento materno recebidas pelas mães das crianças de seis meses.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 VANTAGENS DA AMAMENTAÇÃO

A amamentação possui o aporte de todos os nutrientes para um desenvolvimento saudável com anticorpos que protegem as crianças contra diarreias e pneumonias, que são as principais causas de mortalidade de crianças no mundo. O leite materno é de fácil obtenção, o que ajuda o lactente a ter suficiência de alimentos. Em longo prazo, destaca-se menor tendência a sobrepeso e obesidade, menor propensão ao Diabetes tipo 2 e melhores resultados em testes de inteligência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Para a mãe os benefícios incluem a diminuição do risco de câncer de mama e ovário e diminuição mais rápida do peso com redução das taxas de obesidade. A não introdução de outros alimentos até os seis meses protege a criança contra infecções causadas pela contaminação de alimentos e água, mantém constante a produção de leite materno e evita problemas nutricionais relacionados à má diluição de outro leite (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Amamentar é algo que se aprende e muitas mulheres têm dificuldades, como dor nas mamas e o temor do leite insuficiente. Os centros de saúde que apoiam o aleitamento materno possuem melhores taxas na prática. Graças à iniciativa da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), por meio dos Hospitais amigos da criança, em 152 países existem serviços que apoiam as mães e os recém-nascidos. Muitas mulheres que voltam à atividade laboral abandonam parcial ou totalmente o aleitamento por não terem tempo ou instalações adequadas para amamentar ou coletar o leite materno (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

3.2 FATORES DE SUCESSO E INSUCESSO

A desigualdade na chance de aleitamento materno exclusivo é negativamente influenciada entre mães que trabalham fora e com menor escolaridade comparadas com as que não trabalham fora e têm maior escolaridade (SENA, 2007). Já Queluz et al., (2012) em análises univariadas em seu estudo, apontam para o fato de que mães que trabalham fora sem licença-maternidade, mães que não trabalham fora,

adolescentes e o uso da chupeta apresentam maior chance de interrupção do aleitamento exclusivo. As mães que trabalhavam fora sem licença maternidade tinham 3 vezes mais chance de desmamarem seus filhos. Os serviços hospitalares que apoiam o aleitamento através do programa Hospital Amigo da Criança apontam melhores chances de sucesso na amamentação de suas parturientes (VENÂNCIO, 2002).

Ainda, conforme Queluz (2011, p.9):

[...] a prática do AM é complexa e permeada por diversos fatores de ordem biológica, social, cultural e emocional e somada à maneira como a assistência é muitas vezes conduzida, fragmentada, desarticulada e coercitiva, podem potencializar as dificuldades do processo de amamentação e contribuir para o desmame precoce.

3.3 INDICADORES PARA AMAMENTAÇÃO NO BRASIL

As definições de aleitamento materno da OMS conforme Brasil (2009) e World Health Organization (2008) são:

- Aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

- Aleitamento materno predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

- Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

- Aleitamento materno complementado – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementar o aleitamento materno exclusivo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

- Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

A OMS propõe a classificação das prevalências de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em menores de seis meses em quatro níveis: ruim (0% a 11%), sofrível (12% a 49%), bom (50% a 89%) e ótimo (90% ou mais). Para o indicador

amamentação na primeira hora de vida estabelece também quatro níveis: muito ruim 0-29%, ruim 30-49%, bom 50-89%, muito bom 90-100%. Para duração mediana da amamentação: muito ruim 0-17 meses, ruim 18-20 meses, bom 21-22 meses, muito bom 23-24 meses (BRASIL, 2009).

Os índices de amamentação no Brasil têm demonstrando aumento do AM, sendo que entre 1975 e 1989 passou de 2,5 para 5,5 meses na duração mediana da amamentação (VENÂNCIO; MONTEIRO, 1998).

Nas pesquisas Nacionais sobre Demografia e Saúde (PNDS) a mediana do AM passa de 7 meses em 1996 (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997) para 11,2 meses em 2006 nas capitais brasileiras (BRASIL, 2009).

Pesquisas importantes desenvolvidas no Brasil apontam que em 1986, 3,6% das crianças de até 4 meses eram amamentadas exclusivamente, em 2006, 38,6% dos menores de seis meses encontravam-se em AME, sendo que constatou-se aumento da prevalência de AME em menores de 4 meses no conjunto das capitais brasileiras e DF, de 35,5%, em 1999, para 51,2%, em 2008 (BRASIL, 2009).

Em 2008 o Ministério da Saúde realizou a II Pesquisa Nacional de Prevalência do aleitamento materno e Venâncio et al. (2010) destacam que a despeito da melhora significativa do AM na última década nas capitais brasileiras ainda é necessário esforço para serem atingidos índices compatíveis com a recomendação da OMS.

A OMS e o MS recomendam a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e manutenção até o segundo ano de vida ou mais, o contato pele a pele da mãe com o bebê na primeira hora após o parto, início do AM na primeira hora de vida e início dos alimentos complementares a partir dos 6 meses (BRASIL, 2009; BRASIL, 2002).

3.4 ALEITAMENTO MATERNO PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Segundo recomendações da Organização Mundial da Saúde-OMS (1989) os profissionais de saúde e o público em geral devem ser informados sobre o aleitamento materno, além disso, devem ser criadas leis que protejam o trabalho da mulher que está amamentando, rotinas nos serviços que promovam o AM e combatidas livres propagandas de leites artificiais para bebês, bem como bicos,

chupetas e mamadeiras. Ainda descrevem os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno:

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

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) em seu artigo Art. 9º: “O poder público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas à medida privativa de liberdade.”

Encarar o Aleitamento Materno como política de saúde e não apenas como um evento isolado na saúde pode promover o desenvolvimento social, dadas todas as vantagens expostas, sendo que:

[...] o desafio atual é compreender o processo da amamentação além de suas determinações hormonais e fisiológicas e avaliar seu sucesso não somente pelos aspectos meramente técnicos, tais como pega e ordenha. O paradigma da amamentação precisa ser modificado, pois ainda está ancorado em uma visão biologicista. A amamentação deve ser compreendida não apenas como biologicamente determinada, mas também socioculturalmente condicionada (BRASIL, 2009, p. 7).

3.5 ALEITAMENTO MATERNO E BIOÉTICA

Existem várias teorias éticas que podem fundamentar e reforçar a opção pelo aleitamento materno: ética da virtude, por ser socialmente louvável; ética do dever, por ser a melhor opção para a criança; utilitarista, por ser o maior bem para a criança, a mãe, a sociedade e política de saúde. No princípalismo a fundamentação ocorre pelos princípios da beneficência, do paternalismo em que a amamentação passa a ser a melhor alternativa, sendo a não amamentação justificada pelo princípio da não maleficência (VALE, 2006).

O princípio da não maleficência pode-se observar nas recomendações do Ministério da Saúde em que algumas situações podem contraindicar a amamentação ou exigir avaliação do profissional da saúde para liberação, entre as quais como contraindicação absoluta estão a infecção pelo HIV da mãe, mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2 eo uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. O uso de alguns fármacos pela mãe é citado como contraindicação absoluta ou relativa ao aleitamento, como por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos. A criança ser portadora de galactosemia, doença rara em que ela não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose também é contraindicação. Como indicação de interrupção temporária encontram-se a infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama afetada; varicela; doença de Chagas; abscesso mamário até que o mesmo tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada; consumo de drogas de abuso: recomenda-se interrupção temporária do aleitamento materno, com ordenha do leite, que deve ser desprezado (BRASIL, 2009).

O aleitamento materno traz à tona alguns conflitos Bioéticos conhecidos dos profissionais da saúde em que: “[...] o princípio da beneficência e o paternalismo, face à autonomia materna, podem gerar conflitos éticos [...]. Atento ao anteriormente exposto reconhece-se, tal como Tristram Engelhardt (apud VALE, 2006, p. 2012), que “A verdadeira autonomia não é a escolha caprichosa, mas a escolha criteriosa e corretamente orientada”.

Na ética do cuidado aborda-se a responsabilidade pelo bem-estar familiar onde o conflito ocorre entre mãe-filho na bipolarização entre as necessidades da mãe e a idealização da amamentação, como superação inclusive da vulnerabilidade biológica do lactente(VALE, 2006). Seguindo esse pensamento Nakano (1996, p. 138) conclui que a amamentação:

[...] se expressa por um sentimento ambíguo e contraditório de desejo e fardo, tendo em vista o caráter ideológico de maternidade de nossa sociedade, que por um lado valoriza tal prática e por outro, não lhe são oferecidas condições viáveis para sua realização, nem se abrem espaços para que essas mulheres expressem seus reais desejos, embora estes mostrem-se presentes de uma forma velada.

Almeida (2004) chama a atenção para a necessidade de uma nova forma de pensar a amamentação com processos teórico-metodológicos interdisciplinares, como um híbrido natureza-cultura onde os serviços foquem a mulher e deixem de ver a mulher como responsável pelo êxito da amamentação e culpada pelo

desmame. Esta nova forma de pensar a amamentação passa a ser reflexo de determinantes biológicos, sociais, econômicos, políticos e culturais.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo de natureza quanti-qualitativa.

Segundo Minayo (2004, p.251) “como em qualquer processo social, o objeto saúde oferece um nível possível de ser quantificado mas o ultrapassa quando se trata de compreender dimensões profundas e significativas que não conseguem ser aprisionadas em variáveis.” Sendo assim a associação de métodos é fundamental para a ampla concepção sobre o tema a ser estudado.

Como primeira etapa do estudo foi estabelecido um perfil epidemiológico do Aleitamento Materno Exclusivo aos seis meses de idade.

A partir dos resultados obtidos, foi realizada a segunda etapa do estudo, que objetivou, por meio do método qualitativo, obter informações referentes ao processo da amamentação com as mães e profissionais das equipes de saúde.

4.2 PRIMEIRA ETAPA: DELINEAMENTO QUANTITATIVO

4.2.1 Local de estudo

O município de Francisco Beltrão, estado do Paraná, foi o cenário deste estudo. Está localizado na região sudoeste do Paraná, sendo sua data de emancipação política em 14/12/1952. A população estimada de 86.499 habitantes. Possui o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de 0,774 relativo ao ano de 2010, sendo que o Estado do Paraná possui o índice de 0,749, segundo dados do PNUD/IPEA/FJ (FRANCISCO BELTRÃO, 2016).

O índice de GINE¹ da renda domiciliar per capita é de 0,4721, segundo dados do IBGE de 2010, sendo que o Estado do Paraná possui índice de 0,5416, (FRANCISCO BELTRÃO, 2016).

Índice de Gine situa-se entre 0 e 1, em que 0 corresponde a completa igualdade de renda e 1 à completa desigualdade (uma pessoa tem toda a renda, e as demais nada têm).
Fonte: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/Entendendo_Indice_GINI.pdf> Acesso em 30/10/2016.

Com relação a mortalidade infantil, a taxa no ano de 2013 era de 12,58 óbitos por mil nascidos vivos, entretanto taxa foi reduzida para 7,4 óbitos no ano de 2015. sendo que esta taxa é considerada a menor do Paraná, segundo dados do Datasus/SESA-PR(MOREIRA, 2016)

4.2.2 Participantes do estudo

Foram todas as mães ou cuidadores principais de crianças de seis meses de idade, residentes no município de Francisco Beltrão e nascidas entre os períodos de 09/10/2014 e 09/11/2014.

4.2.3 Identificação da população alvo

Foram identificadas as crianças nascidas entre 09/10/2014 e 09/11/2014 através do banco de dados do SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos) municipal. Para ter acesso aos telefones das mães foram localizados nas UBS os registros do Sistema do Programa Nacional de Imunização. Nos casos em que não foi possível encontrar os endereços e/ou telefones contatos foram realizados por meio de redes sociais.

4.2.4 Critérios de inclusão

Ser mãe ou cuidadora principal de criança com seis meses de idade.

Residir no município de Francisco Beltrão, PR.

Concordar em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.2.5 Critério de exclusão

Não comparecer no dia da campanha de vacinação nem ser encontrada em seu domicílio mesmo após três tentativas.

4.2.6 Coleta de dados

Foi utilizado um instrumento elaborado para coleta de dados (APÊNDICE A) que continha predominantemente questões fechadas sobre a alimentação das crianças de seis meses conforme recomendações da OMS (2008) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009). Também fizeram parte do instrumento perguntas sobre as características das crianças, das mães e fatores de sucesso e insucesso da amamentação.

A entrevista foi realizada por entrevistadores estudantes do curso Técnico em Enfermagem do Colégio Estadual Reinaldo Sass de Francisco Beltrão, previamente selecionados e capacitados pela pesquisadora responsável.

A coleta iniciou no dia 09 de maio de 2015, dia da campanha de vacinação contra Influenza. Nos casos em que a entrevista não foi realizada no dia da campanha de vacinação, as mães ou cuidadoras principais foram visitadas em seus domicílios ou locais de trabalho quando autorizavam, com prévio contato telefônico das que o tinham. Quando não foram encontradas na primeira visita, foi realizada mais uma tentativa para viabilizar a realização da entrevista.

4.2.7 Análise de dados

Os dados foram tabulados e analisados no programa EPI INFO 3.5.2 utilizando-se testes de associação ao nível de significância de 5%.

4.3 SEGUNDA ETAPA: DELINEAMENTO QUALITATIVO

4.3.1 Local de estudo

Os grupos focais com as mães foram realizados no Colégio Estadual Reinaldo Sass por estar disponível à noite.

As Unidades Básicas de Saúde Pe. Ulrico e Instituto da Mulher de Francisco Beltrão, PR foram escolhidos pela pesquisadora, após a tabulação dos dados quantitativos para a realização dos grupos focais de profissionais de saúde. As duas UBS foram escolhidas devido ao maior número de indicações de orientações sobre AM.

4.3.2 Participantes do estudo

Mães de crianças de seis meses com prevalências maiores e menores de aleitamento materno exclusivo e profissionais das equipes de saúde, segundo análise de mais indicações de orientações sobre aleitamento materno referidas pelas mães nos dados quantitativos.

O tamanho da amostra foi definido quando foi capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões, permitindo reincidências, porém não desprezando informações ímpares (MINAYO, 2004).

4.3.3 Coleta de dados qualitativos

Foram coletados por meio de quatro grupos focais com roteiros de questões norteadoras elaboradas a partir da análise dos dados quantitativos (APÊNDICES B, C, D)

4.3.4 Análise dos dados qualitativos

Ao final das reuniões as gravações foram transcritas para possibilitar a análise. A transcrição na íntegra tem como objetivo manter a originalidade das falas dos participantes, que podem ser lida tantas vezes quantas forem necessárias.

Os dados foram analisados por técnicas aplicáveis a estudos qualitativos tais como a análise de conteúdo, como a proposta por Bardin (2011).

A análise de conteúdo é uma modalidade temática que pode ser representada por meio de uma palavra, frase ou resumo, descobrindo-se núcleos de sentido que denotem valores de referência e modelos de comportamentos presentes no discurso. A análise de conteúdo compreenderá os momentos de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (MINAYO, 2004).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unoesc/HUST e aprovado com o parecer 919.959 de 17/12/2014 (ANEXO) em conformidade com a Resolução CNS N °466/ 2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PRIMEIRA ETAPA: DELINEAMENTO QUANTITATIVO

Da população alvo, representada por todas as 103 mães ou principais responsáveis por crianças de 6 meses de idades residentes em Francisco Beltrão, foi possível entrevistar 85 mães que se constituíram na população real de estudo. O percentual de não respostas corresponde a 17,4% (n=17) onde 1,9% (n=2) não quiseram participar, 15,5% (n=16) não foram encontrados depois de 3 visitas. Ressalta-se que como limitação da pesquisa a alta mobilidade residencial das mães.

No dia da campanha de vacinação foram entrevistadas 6 mães (7,0%) nas Unidades Básicas de Saúde do Município. As mães de crianças que não compareceram no dia da Campanha de vacinação contra Influenza foram entrevistadas em seus domicílios (82,4%) em seus locais de trabalho (10,6%).

5.1.1 Caracterização amostra

Entre as entrevistadas 100% eram cuidadores principais, 98,8% (n=84) eram as mães biológicas das crianças e 1,2% (n=1) detinha a guarda da criança.

Pode-se constatar entre as entrevistadas um maior percentual de mães que fez seis ou mais consultas de pré-natal (94,0%), eram multíparas (64,75), tinham união estável (81,3%), possuíam ensino médio ou superior (71,8%), trabalhavam fora no momento da entrevista (54,1%), tiveram licença maternidade (68,2%), sendo que destas 65,5% teve 4 meses de licença maternidade.

Neste sentido observou-se que no momento da entrevista havia um número menor de mães trabalhadoras comparado ao número de mães que tiveram licença maternidade justificado talvez pelo não retorno ao trabalho devido aos cuidados necessários à criança.

Constatou-se também que 14,1% recebem o benefício Bolsa família e 11,8% participam da Pastoral da criança.

Das crianças, 52,9% (n=45) eram meninos, 91,8% (n=78) residentes da área urbana, todas haviam nascido com peso adequado, 97,5% nasceram em Francisco Beltrão onde 64,7% nasceram de cesariana.

Observou-se que 50% das crianças mamaram na primeira hora de vida o que segundo a OMS é considerado um nível bom já que para o indicador amamentação na primeira hora de vida a OMS estabelece quatro níveis: : ruim (0% a 11%), sofrível (12% a 49%), bom (50% a 89%) e ótimo (90% ou mais). (BRASIL, 2009)

Em relação ao AM das crianças 64,7% (n=55) ainda eram amamentadas. Permaneciam em AME aos 6 meses 27,1% (n=23).

As mães relataram que nenhuma criança recebeu mamadeira no hospital, porém 64,7% acabaram utilizando a mamadeira, sendo que destas 98,2% continuavam utilizando no dia da entrevista. Em relação a decisão do uso da mamadeira 47,3% das mães referiram que a utilização foi decisão delas, 38,2% disseram que foi orientação do médico, 7,3% receberam orientação de familiares. As outras orientações representam 7,3%. Observou-se que 40,0% das crianças receberam mamadeira antes dos dois meses.

No que se refere ao uso da chupeta 54,1% (n=46) das crianças apresentavam o hábito no momento da entrevista. A maioria das crianças (71,1%) usa a chupeta desde o nascimento. Em 80,0% dos casos foi a mãe da criança que decidiu dar a ela a chupeta.

5.1.2 Prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças de seis meses no município de Francisco Beltrão no ano de 2015

A Tabela 1 apresenta os valores das prevalências do AME e AM no grupo de crianças estudadas.

Tabela 1: Distribuição numérica e percentual de crianças de 6 meses que receberam Aleitamento Materno Exclusivo e Aleitamento Materno em Francisco Beltrão, PR, 2015.

	Aleitamento Materno Exclusivo		Aleitamento Materno	
	n	%	n	%
Sim	23	27,1	55	64,7
Não	62	72,9	30	35,3
Total	85	100	85	100

Fonte: as autoras.

Verificou-se prevalências de 27,1% no AME e 64,7% no AM o que, considerando a classificação de prevalências do AME da OMS, é considerado um

nível muito ruim (muito ruim 0-29%, ruim 30-49%, muito bom 90-100%) (BRASIL, 2009).

Outros estudos também apontam esta tendência de prevalências baixas no AME. Queluz (2011) encontrou prevalências de AME de 29,8% e AM de 82,8%. A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal apresentou índices do AME em menores de 6 meses de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF, variando de 27,1% em Cuiabá, MT a 56,1% em Belém, PA.

5.1.3 Fatores que facilitam e dificultam o aleitamento materno exclusivo em crianças de seis meses

A coleta de dados permitiu a identificação de fatores que podem estar relacionados ao AME, de acordo com diversos estudos publicados.

A Tabela 2 apresenta a análise univariada segundo AME e cada um dos fatores associados.

Tabela 2: Fatores associados ao Aleitamento Materno Exclusivo em crianças de 6 meses em Francisco Beltrão-PR, 2015

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo		RP*	IC** 95%	P***	
	Sim n (%)	Não n (%)				
Sexo (n=85)	Mas	12 (26,7)	33 (73,3)	1,03	0,51-2,07	0,874
	Fem.	11 (27,5)	29 (72,5)			
Área de Residência (n=85)	Urbana	22 (28,2)	56 (71,8)	1,97	0,31-12,5	0,39
	Rural	1 (14,3)	6 (85,7)			
Uso de chupeta (n=85)	Sim	5 (10,9)	41 (89,1)	0,24	0,09-0,57	<0,0001
	Não	18 (46,2)	21 (53,8)			
Tipo de parto (n=85)	Normal	13 (43,3)	17 (56,7)	2,38	1,19-4,77	0,025
	Cesárea	10 (18,2)	45 (81,8)			
Mamou na primeira hora (n=85)	Sim	15 (35,7)	27 (64,3)	1,88	0,89-3,94	0,142
	Não	8 (19,1)	34 (80,9)			
Primeiro Filho	Sim	5 (16,7)	25 (83,3)	0,50	0,21-1,23	0,181
	Não	18 (32,7)	37 (67,3)			
Quando iniciou uso da chupeta	Do nascimento até 1ª semana	2 (6,1)	31 (93,9)	0,24	0,05-1,28	0,210
	Do 1º ao 5º mês	3 (25,0)	9 (75,0)			

Fonte: as autoras

*Razão de Prevalência, **Intervalo de Confiança, ***Valor de p de acordo com o teste Qui-quadrado e Exato de Fisher quando um dos valores da casela era menor do que 5.

O não uso da chupeta foi fator de proteção para o AME (RP 0,24; IC 0,09-0,57; $p < 0,0001$). Rigotti et al. (2015), em seu estudo, concluíram que o uso de chupeta (RP= 3,245; IC95%: 2,490-4,228) e da mamadeira (RP = 1,605; IC95%: 1,273-2,023) mostraram-se fortemente associados ao desfecho de não amamentação. Seu uso aumentou a prevalência do desfecho não amamentação no segundo trimestre de vida em três vezes, reforçando a importância de se desestimular sua utilização.

Outro fator associado a não ocorrência do AME foi o tipo de parto onde observamos que maior prevalência de crianças que nasceram de cesárea não eram mais alimentadas por AME aos seis meses quando comparadas às que nasceram de parto normal (RP=2,38; IC 95%:1,19-4,77; $p=0,025$). Rodrigues et al. (2016) inferiram um aumento na autoeficácia em amamentar das mães que realizaram parto vaginal. O estudo de Narchi et al. (2009) concluiu que os índices de AME foram maiores nos casos em que mãe e bebê permaneceram constantemente juntos após o parto, em hospitais amigos da criança e após partos normais.

Variáveis relacionadas à mãe foram analisadas e estão descritas na Tabela 3.

Tabela 3: Fatores relacionados à mãe associados ao Aleitamento Materno Exclusivo em crianças de 6 meses em Francisco Beltrão-PR, 2015.

Variáveis		Aleitamento Materno Exclusivo		RP*	IC** 95%	P***
		Sim n (%)	Não n (%)			
Estado Civil (n=85)	União estável	16 (23,2)	53 (76,8)	0,53	0,26-1,07	0,175
	Solteira/Separada	7 (55,6)	9 (44,4)			
Faixa etária (n=84)	Menor ou igual a 20	0 (0)	14 (100)	0,00	Indef.	0,009
	Mais de 20	23 (32,9)	47 (67,1)			
Número de filhos (n=85)	Primípara	5 (16,7)	25 (83,3)	0,50	0,21-1,23	0,181
	Mais de um	18 (32,7)	37 (67,3)			
Escolaridade (n=85)	EF	5 (20,8)	19 (79,1)	0,70	0,29-1,69	0,589
	EM /ES	18 (29,5)	43 (70,5)			
Trabalha fora (n=85)	Sim	11 (23,9)	35 (76,1)	0,77	0,39-1,56	0,643
	Não	12 (30,8)	27 (69,2)			
Licença maternidade (n=85)	Sim	16 (27,6)	42 (72,4)	1,06	0,50-2,28	0,919
	Não	7 (25,9)	20 (74,1)			
Participou de grupo de gestante (n=84)	Sim	4 (26,7)	11 (73,3)	0,97	0,38-2,43	0,610
	Não	19 (27,5)	50 (72,5)			
Consultas pré-natal (n=84)	Menos de 6	1 (20,0)	4 (80,0)	0,72	0,12-4,29	0,581
	6 ou mais	22 (27,8)	57 (72,1)			
É beneficiária do Bolsa família (n=84)	Sim	4 (33,3)	8 (66,7)	1,28	0,53-3,11	0,414
	Não	19 (26,0)	54 (74,0)			
Participa da Pastoral da criança (n=85)	Sim	4 (40,0)	6 (60,0)	1,58	0,67-3,70	0,264
	Não	19 (25,3)	56 (74,7)			
Recebeu orientação amamentação (n=85)	Sim	17 (25,4)	46 (74,6)	0,99	0,45-2,19	0,800
	Não	6 (28,6)	16 (71,4)			
Orientação saúde bucal (n=85)	Sim	15 (27,8)	39 (72,2)	1,08	0,52-2,25	0,955
	Não	8 (25,8)	23 (74,2)			

Fonte: as autoras.

*Razão de Prevalência, **Intervalo de Confiança, ***Valor de p de acordo com o teste Qui-quadrado e Exato de Fisher quando um dos valores da casela era menor do que 5.

A variável faixa etária da mãe foi um fator associado ao AME sendo maior a prevalência de mães com mais de vinte anos que realizaram até os seis meses.

Na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal em relação a idade materna, a maior frequência de AME também foi identificada no grupo das mulheres entre 20 e 35 anos (BRASIL, 2009).

Entre os fatores associados ao desmame precoce do AME as mães relataram como principais motivos ter pouco leite ($p=0,002$), o trabalho ($p=0,007$), não ter leite ($p=0,007$) e achar que seu leite era fraco ($p=0,047$).

Tabela 4: Fatores associados ao desmame exclusivo precoce em crianças de 6 meses em Francisco Beltrão-PR, 2015.

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo		p*
	Sim n (%)	Não n (%)	
Ter pouco leite (n=84)	Sim	0 (0,0)	0,002
	Não	17 (100,0)	
Trabalho (n=84)	Sim	23 (34,3)	0,007
	Não	44 (65,7)	
Não ter leite (n=84)	Sim	14 (100,0)	0,007
	Não	23 (32,9)	
Achava leite fraco (n=84)	Sim	47 (67,1)	0,047
	Não	9 (100,0)	

Fonte: as autoras.

*Valor de p obtido pelo teste Exato de Fisher.

Marques et al. (2011, p.2466) constatam em seu estudo de revisão bibliográfica sobre mitos e crenças do AM:

“A evidência científica parece apontar para a importância dos mitos e crenças como possíveis causas que justificam a complementação precoce, de acordo com as mães. Segundo essa lógica, os mitos e crenças sobre o aleitamento materno “leite fraco”, “pouco leite”, “o bebê não quis pegar o peito”, “o leite materno não mata a sede do bebê” e “os seios caem com a lactação” evidenciam a insegurança da mulher ante questões do cotidiano materno durante a amamentação, tais como a produção de leite materno de qualidade e em quantidade suficiente para o bebê; o choro da criança que, em geral, é associado a fome; a época correta para a introdução de água e/ou outros líquidos para o bebê, dentre outros aspectos. Assim, essas representações muitas vezes justificam a introdução precoce de outros alimentos, a oferta de chupeta e mamadeira, ou mesmo a interrupção do aleitamento materno.”

Na tabela 5 observam-se os motivos alegados pelas mães para o desmame do AME:

Tabela 5: Motivos citados pelas mães para o desmame exclusivo precoce Fatores em crianças de 6 meses em Francisco Beltrão-PR, 2015.

Motivos	n (%)
Tinha pouco leite	17 (20,2)
Devido ao trabalho	15 (17,9)
Não tinha leite	14 (16,7)
Achava leite fraco	9 (10,7)
Leite secou	5 (5,9)
Por decisão própria	4 (4,8)
Bebe não quis	4 (4,8)
Medico recomendou	3 (3,6)
Bebe tinha fome/perda de peso	2 (2,4)
Come outros alimentos	2 (2,4)
Patologia mamas	1 (1,2)
Por doença mãe	1 (1,2)
Nova gestação	1 (1,2)
Devido a cesariana	1 (1,2)
Mãe se estressou com mudança	1 (1,2)
Mulher menstruada visitou	1 (1,2)
Para a criança aprender a comer	1 (1,2)

Fonte: as autoras.

5.1.4 Ações promotoras do aleitamento materno desenvolvidas pelas equipes multidisciplinares.

Entre as mães, observou-se que 74,1% receberam orientação a respeito da amamentação, sendo que 52,4% receberam a informação no pré natal, 28,6% no pré e no pós natal e 19,0% no pós natal. As mães relataram que 17,9% participaram de Grupo de gestante, sendo que todas receberam orientação sobre amamentação.

Na Tabela 6 estão descritos quais os responsáveis pelas orientações de AM de acordo com as mães.

Tabela 6: Responsável pela orientação sobre amamentação em crianças de 6 meses em Francisco Beltrão-PR, 2015

Quem orientou amamentação	n (%)
Enfermeiros	34 (34,7)
Médicos	32 (32,7)
Técnicos/Auxiliares de Enfermagem	10 (10,2)
Familiars	6 (6,1)
Dentistas	4 (4,1)
Fonoaudiólogo	4 (4,1)
ACS	3 (3,0)
Estagiários	3 (3,0)
Psicóloga	1 (1,0)
Técnica em Saúde bucal,	1 (1,0)
Total	98 (100,0)

Fonte: as autoras

5.2 SEGUNDA ETAPA: DELINEAMENTO QUALITATIVO

Com base nos resultados observados na etapa quantitativa, foi planejada e executada no mês de abril/2016 a etapa qualitativa. Inicialmente foi elaborado um roteiro com as questões norteadoras (APÊNDICES B, C, D). Foram realizados quatro grupos focais sendo o G1 de mães que amamentaram exclusivamente até os seis meses (cinco mães); G2 de mães que amamentaram menos de um mês (três mães e um pai); dois grupos de profissionais das equipes que tiveram mais indicações de fornecimento de orientações sobre amamentação, dos quais G3 com 9 componentes (médico, duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais) e G4 grupo com 11 componentes (duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde, um médico, uma dentista).

As questões norteadoras foram elaboradas após a análise da primeira fase da pesquisa levando em consideração os resultados encontrados, cujas respostas foram gravadas e transcritas para análise.

Quanto a dimensão dos grupos o recomendado na literatura varia entre seis e quinze participantes, sendo que é possível a formação de minigrupos de cinco a dez participantes. Em pesquisas sociais em que o objetivo seja explorar a fundo os significados admitem-se grupos de no máximo oito e mínimo de três participantes (SILVA et al., 2013).

O grupo focal é uma técnica de pesquisa que visa a obtenção de dados de natureza qualitativa, reunindo em grupos de discussão, pessoas com traços comuns

para a troca de ideias e experiências. Para os grupos foram reunidos os participantes com a presença da pesquisadora como moderadora que propôs as questões norteadoras, um observador, responsável pela gravação dos áudios e anotações das reações do grupo e no grupo de mães uma pessoa responsável pela recreação das crianças que estavam presentes. Os dados foram obtidos a partir da livre expressão de falas partindo de um roteiro previamente planejado no qual os participantes dialogaram a respeito de conceitos, impressões e concepções sobre o tema amamentação.

Os dados foram registrados de duas maneiras: por meio de gravações, com a concordância prévia do grupo, e por meio de anotações de possíveis ocorrências e reações referentes à linguagem verbal e não verbal dos participantes, que foram transcritas em um diário.

Ressalta-se que uma única pesquisadora realizou as entrevistas nesta segunda etapa procurando-se evitar que ocorresse viés na coleta.

Ao iniciar os grupos a pesquisadora responsável agradeceu a presença de todos solicitou a apresentação de todos e esclareceu como seria realizada a coleta de dados. Foi solicitada a permissão dos participantes para que as conversas fossem gravadas, ressaltando que o anonimato de todos seria garantido.

Os dados foram obtidos a partir da livre expressão dos participantes que, partindo do roteiro com questões norteadoras apresentadas pela pesquisadora, dialogaram a respeito de conceitos, impressões e concepções sobre o aleitamento materno.

Os grupos focais tiveram duração média de 90 minutos cada e possibilitaram identificar diferentes percepções que os entrevistados possuem em relação às variáveis de estudo.

Todas as falas foram gravadas e posteriormente transcritas para então serem analisadas. Procedeu-se a análise dos dados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) que se constituiu em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase correspondente a pré-análise, a gravação dos grupos focais foi transcrita na íntegra e foi realizada a leitura flutuante.

Na etapa da exploração do material, a partir das transcrições literais, foram identificadas as unidades de registro, que nesta análise foram os temas, por se tratarem de uma unidade de significação que se liberta de um texto analisado

(BARDIN, 2011). A partir das unidades de registro foram obtidas as categorias iniciais, que foram as primeiras impressões a respeito da realidade estudada. Após a apresentação e discussão das categorias iniciais emergiram as categorias intermediárias, pautadas nas narrativas dos entrevistados e no referencial teórico. As categorias intermediárias foram agrupadas originando as categorias finais da análise de cada grupo (quadro 1, quadro 2, quadro 3).

A fim de que fosse preservado o anonimato dos participantes as falas foram identificadas com letras (para definir a que grupo pertenciam) e números.

5.2.1 Percepção das mães com menores prevalências na amamentação exclusiva

As categorias de análise sucitadas pela coleta de dados nos grupos focais em que participaram as mães com menores prevalências de AME estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1: Categorias de análise do grupo focal das mães com menores prevalências na amamentação exclusiva. Francisco Beltrão, PR, 2016.

INICIAIS	INTERMEDIÁRIAS	FINAIS
Saudável	I Sentimentos positivos	I Percepções positivas
Contato		
Admiração por quem amamenta		
Carinho		
Amor e afeto		
Importante para o prematuro		
Menos alergias		
Alimentação		
Disposição	II Fatores que facilitam o AME	
Família		
Decepção por não amamentar	III Sentimento negativo	II Percepções negativas
Leite fraco	IV Fatores que dificultam o AME	
Pouco leite		
Nervosismo		
Cansaço		
Trabalho		
Prescrição de leite artificial	V Ações não promotoras do AME	III Ações dos profissionais da saúde
Ausência de VD		
Não orientação quanto ao tempo de AM		
Não amamentação na primeira hora de vida		
Amamentação na primeira hora de vida	VI Ações promotoras do AME	

Fonte: as autoras.

5.2.1.1 Percepções positivas

Nas falas destas mães pode-se observar que o ato de amamentar tem uma significância psicológica (carinho, amor e afeto, contato), nutritiva (para os prematuros) e imunológica positivas:

“Eu queria sempre amamentar, amamentar meu filho porque de fato ele já vem mais saudável.” (E)

“...mas admiro muito a pessoa que amamenta que trata a criança com leite materno. A criança ela vem tão saudável, tão linda e é muito importante... Além de ser um carinho, o amor o afeto bem maior da parte de mãe com o filho... a criança vem mais saudável. Eu sempre admirei isso.” (E)

“Olha previne o câncer de mama, a criança que tem baixa imunidade, né!” (C)

“Fiz de tudo porque eu sabia que era muito importante pra ela por ser um bebê prematuro.” (C)

“Mas o contato com a mãe é muito importante melhor do que deixa!” (C)

O apoio da família parece ter sido importante apoiadora, incentivadora das mulheres podendo ser também, como aponta a primeira fala, a causa de problemas emocionais quando não presente:

“Há o apoio da família sempre te ajudando né a incentivá.... Mas eu acho que é bom a família apoiar que se a família não apoia fica que nem ela que deu depressão pós parto pelo fato que a gente não sabe o motivo mas a família tem que tá bastante presente.”(D)

“A família é muito importante! A minha família sempre me apoiô! Nossa minha irmã é enfermeira: “ - Nossa C! Você tem que amamenta é muito importante você tem que tenta!” Mas não teve jeito. Não foi por falta de apoio.”(C)

Cabe ressaltar que a amamentação é socialmente e culturalmente determinada (ALMEIDA, 1999) sendo neste sentido necessária a educação em saúde para toda a sociedade e pertencendo a ela, a família que interfere diretamente neste processo. Precisamos abordar este tema desde a educação infantil aliando saber científico ao popular para que a rede de apoio destas mulheres contribua e venha ao encontro dos anseios e expectativas dela, passando a contribuir e não a interferir no processo de aleitamento materno (QUELUZ, 2011).

Entre os fatores considerados importantes para o sucesso da amamentação as mães destacaram a disposição da mulher em querer amamentar:

*“Esforço também porque às vezes tem mães que não querem dar...”
(E)*

“Olha várias coisas tempo da mãe não coloca na cabeça que: “ - Há hoje não vo dá, amanhã eu do, mais disposição pro filho talvez e enquanto tá mamando aproveita e dá!” (E)

Acredita-se que está entre o princípio ético da autonomia a liberdade de escolha da mulher em querer amamentar, porém sempre pautada e respaldada pelo conhecimento teórico das vantagens da amamentação (para ela, para a criança, para a sociedade) e da técnica correta da amamentação. Cabe aos profissionais de saúde fornecer o conhecimento teórico e prático, não paternalista, da amamentação lembrando sempre que a decisão sobre o aleitar pertence a mulher como ser autônomo. Esta decisão da mulher consciente e virtuosa passa assim a ser a melhor alternativa para a mãe e para a criança sendo que qualquer decisão tomada da mesma esteja livre de culpabilização (VALE, 2006).

5.2.1.2 Percepções negativas

O querer amamentar com seus benefícios traz à tona sentimentos de decepção por não ter amamentado embora todas demonstrem ter realizado esforços na busca da amamentação como vemos nas falas a seguir:

“Mas eu por motivos maiores não pude amamentar, mas eu fiz o meu esforço o meu possível.”(E)

“Fiz o possível porque eu sei que é importante, nossa eu queria muito dar de mamar pra ela mas... Todo medicamento que eles me deram eu tomei. Tomei aquele Plasil, tomei outra medicação que é controlada mas não tinha jeito porque eu fiquei muito nervosa. Daí quando eu trouxe ela mamava um pouquinho e ela já desistia. Ela tinha refluxo, dava mama na mamadeira dava 30 ml, 15 voltava. Daí eu nervosa assim eu não conseguia sabe. Nossa mas eu queria muito.”(C)

“... mas eu não pude dá, eu fiquei bastante triste e comecei a chora quando não pude dá o leite pra ela porque eu sei que é importante né!”(D)

“ Cheguei com o médico que me tratava e daí ela falou que se pudesse trocar por causa da medicação pra usar o remédio certo,

daí eu resolvi fazer porque não tinha opção. Mas enfim... tá bem gordinho, saudável mas não era o que eu queria, né!”(E)

“...se ela mamasse no peito ela não tinha dado alergia porque ela não pode na grama porque ela volta cheia de bolinha no corpo dela né. Daí era bom dá!”(D)

Por meio de respaldos científicos e de campanhas na sociedade a amamentação é percebida como a melhor alternativa para o desenvolvimento da criança gerando na mulher que não amamenta sentimentos negativos, conforme referem Nakano et al. (1996):

“Ao que se percebe, as falas refletem facetas da construção do gênero feminino frente à amamentação, ao mostrar corporificado nas mulheres entrevistadas a responsabilidade sobre condição de saúde e bem estar do filho, imputando-lhe da mesma forma sentimentos de culpa quando o aleitamento não se dá.”

Observou-se nas falas que a falta de orientação em relação a composição do leite materno com suas fases e em relação à frequência das mamadas do recém nascido, que é de livre demanda, acaba fazendo com que a mãe caia no mito do leite fraco devido a sua cor, naturalmente mais clara no início e pela necessidade constante da criança estar sendo amamentada. O mito do leite fraco mostrou-se reforçado pela influência de familiar.

“Eu amamentei ela só até os quinze dias porque daí eu tinha mas era muito fraquinho daí quando deu os quinze dias eu tinha, só que daí era que nem água. Era um líquido quase amarelo de tanto que eu já não tinha mais, daí eu não sustentava ela daí eu peguei leite de caixinha de casa mesmo e dei pra ela. Daí ela mamo duas mamadeiradinhas pequenininhas, tadinha pequenininha assim e dormiu até no outro dia.” (D)

“Eu dava pra ela e ela dormia um pouquinho e já acordava com fome de volta e de noite ela ficava a noite inteira mamando no peito só que não sustentava ela tava direto chorando de fome daí eu resolvi pegar o de caixinha. Nós nem tinha dinheiro que daí nós tinha gastado todo com ela daí nós pegamo daí meu marido falou: “-Vamo dá o de caixinha vai que ela goste!” Nossa ela pegou e não deu nada no intestino dela. Fez melhor do que antes. Tava melhor. Daí ela pegou e se acostumou e até hoje ela mama o leite de caixinha.”(D)

“É que nem as vaquinhas do interior o primeiro leite não presta.”(P)

Destaca-se que a quantidade e qualidade do leite materno pode ser alterada apenas em casos de desnutrição grave, sendo que o colostro, leite produzido nos primeiros cinco dias, tem mais proteínas e menos gorduras que o leite maduro. Durante a mamada a concentração de gordura vai aumentando gradativamente o que confere ao leite um aspecto mais claro no início. Quanto à composição, ressalta-se ainda que, o leite materno possui como principal proteína a lactoalbumina enquanto no leite de vaca é a caseína, de difícil digestão para a espécie humana). Possui ainda os anticorpos IgA, reflexo dos antígenos entéricos e respiratórios de contato da mãe gerando dessa maneira proteção à criança contra os germes prevalentes no meio em que a mãe vive. A concentração de IgA no leite materno diminui ao longo do primeiro mês, permanecendo relativamente constante a partir de então. Além da IgA, o leite materno contém outros fatores de proteção, tais como anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisosima e fator bifido. Este favorece o crescimento do *Lactobacillus bifidus*, uma bactéria não patogênica que acidifica as fezes, dificultando a instalação de bactérias que causam diarreia, tais como *Shigella*, *Salmonella* e *Escherichia coli* (BRASIL, 2015).

Salienta-se ainda que em sua composição existem os ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa que favorecem o desenvolvimento do sistema nervoso central (ALMEIDA, 1999) e que segundo estudo de coorte prospectivo que associou a amamentação com melhor desempenho em testes de inteligência 30 anos mais tarde, pode ter um importante efeito na vida real, aumentando níveis de escolaridade e renda na idade adulta (VICTORA et al., 2015).

Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama, em livre demanda. Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com frequência e sem horários regulares. Geralmente um bebê em aleitamento materno exclusivo mama de oito a 12 vezes ao dia, o que as mães que por ventura estejam inseguras e com baixa auto-estima costumam interpretar como sinal de fome, leite fraco, pouco leite podendo resultar na introdução precoce e desnecessária de suplementos (BRASIL, 2015).

O modelo de puericultura brasileiro sofreu forte influência das escolas francesa e alemã. Na escola alemã acreditavam que a personalidade da criança se dava desde o berço e que sistemas rígidos de amamentação de três em três horas por não mais de quinze minutos poderiam ser positivos na formação da mesma. Apesar de proscrita esta recomendação desde a década de 80 ainda

persiste culturalmente (ALMEIDA, 1999) e contraria a indicação atual (BRASIL, 2015) que é de livre demanda onde a criança recém-nascida tem um ritmo e tempo irregular de mamadas sendo que com o passar dos dias vai delimitando seu intervalo entre as mamadas a depender de ser menos ou mais ávida, ingerindo a mesma quantidade de leite (ALMEIDA, 1999).

Níveis de stress, nervosismo e depressão são apontados no grupo focal como fatores que influenciaram a desistência do AME. Almeida (1999) aponta o reflexo de ejeção (descida do leite) influenciado por estes fatores já que com eles há aumento de adrenalina. Esta por sua vez causa vasoconstricção na mama dificultando a ação da ocitocina, hormônio responsável pela ejeção: “Esta dificuldade no reflexo de ejeção, fisiológica e transitória, muitas vezes se faz interpretar culturalmente...como sinal da insuficiência de leite, abrindo espaço para introdução da mamadeira.”(ALMEIDA, 1999 p. 71).

“Três dias eu fiquei amamentando só que eu vi que não tinha leite. Todo medicamento que eles me deram eu tomei. Tomei aquele Plasil, tomei outra medicação que é controlada mas não tinha jeito porque eu fiquei muito nervosa. Daí quando eu trouxe ela mamava um pouquinho e ela já desistia. Ela tinha refluxo, dava mama na mamadeira dava 30 ml, 15 voltava. Daí eu nervosa assim eu não conseguia sabe.”(C)

“Eu acho que foi o nervosismo de eu trazer ela ainda mais que era prematura.”(C)

“ No meu caso foi a queda na depressão.”(E)

“Essa correria de trabalha e volta dá mamá acaba cansando. De repente a mãe naquele stress, naquela correria o dia inteiro acaba dizendo não vamo coloca noutra leite e acaba dando outros coisas e acaba cortando o leite.”(E)

É necessário que mães sejam alertadas sobre causa do choro da criança que vão além da fome com única causa:

“ Uma importante causa de desmame é o choro do bebê. As mães, com frequência, o interpretam como fome ou cólicas. Elas devem ser esclarecidas que existem muitas razões para o choro, incluindo adaptação à vida extra-uterina e tensão no ambiente. Na maioria das vezes os bebês se acalmam se aconchegados ou se colocados no peito, o que reforça a sua necessidade de se sentirem seguros e protegidos. As mães que ficam tensas, frustradas e ansiosas com o choro dos bebês tendem a transmitir esses sentimentos a eles, causando mais choro, podendo instalar-se um ciclo vicioso.”(BRASIL, 2015 p.43).

O trabalho é apontado veementemente pelas entrevistadas como fator prejudicial para a amamentação, mesmo para aquelas que podem usufruir da licença de 180 dias, destacando-se a falta de tempo, o cansaço da rotina, o tempo prolongado fora de casa devido a distância, a praticidade da mamadeira nos dias laborais.

“No meu primeiro filho eu amamentei até cinco meses, até eu voltar a trabalhar só daí não consegui mais amamentar porque eu ficava oito horas fora aí eu chegava em casa e amamentava um pouquinho e ele já não queria mais.”(C)

“... às vezes também falta de tempo que trabalham fora e a criança acaba acostumando com a mamadeira sem né na hora certa vai a mamadeira vai a mamadeira e acaba desacostumando. De repente por falta da mãe ou trabalha muito fora, chega em casa cansada.”(E)
“Eu penso assim: Quando uma mãe uma mulher pensa em engravidar ela na verdade teria que abandonar o serviço porque até a criança ter uns dois três anos que daí ela já come as coisas diferentes que não é só o leite. Daí eu acho que é bom, mas tem que mulher que no caso precisa né!(D)

“Apesar de ter os seis meses de carência, mesmo assim quando volta a trabalhar a criança se apega muito. A gente volta cansada e a criança chega e começa a desacostumar né porque já dá uma comidinha, dá uma fruta às vezes até o mamazinho na mamadeira, tipo já vai cortando né!” (E)

“Horário né que nem que ia lá pra ...não tinha como vim. A gente tem direito meia hora de manhã e meia hora a tarde até seis meses, mas daí não tinha como eu vim dava dez horas. Aí eu chegava já tinham dado mamadeira, mamadeira é muito mais fácil né!”(C)

“Realmente é falta de tempo que se não fosse tanto trabalha fora a mulher chega ali já!”(E)

“Pra mim não interferiu nada porque faz um ano e quatro mês que não trabalho fora. Mas o trabalho interfere porque não tem um trabalho que ajude na amamentação só que a gente leve no serviço daí dá pra amamenta. Eu acho que só atrapalha. Mas eu trabalhei depois que ela tinha um ano já mas não tinha diferença porque já tinha mamadeira dava para fica com qualque um!”(D)

“ É bom mas é que quando a gente precisa trabalha já é diferente porque na mamadeira já é mais fácil que a gente não tem tempo.” (D)

Atenta a isto a sociedade criou algumas vias legais para a garantia da amamentação pela mulher trabalhadora mas que ainda não tem conseguido sanar todas as dificuldades enfrentada pelas mesmas. São elas:

“Licença-maternidade–assegurada licença de 120dias consecutivos, sem prejuízo do emprego e da remuneração, podendo ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica (Constituição Federal de 1988, artigo 7º, inciso XVIII). A Lei Federal nº. 11.770, de 09 de setembro de 2008, cria o Programa Empresa Cidadã, que visa a prorrogar para 180 dias a licença maternidade prevista na Constituição, mediante incentivo fiscal às empresas. A empregada deve requerer a licença até o final do primeiro mês após o parto e o benefício também se aplica à empregada que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança. As empresas tributadas com base no lucro real que aderirem ao Programa terão dedução do imposto devido ao conceder os 60 dias de prorrogação da licença às suas servidoras. É importante lembrar que muitos estados e municípios já concedem licença-maternidade de 180 dias, com o objetivo de fortalecer suas políticas de promoção e proteção do aleitamento materno;Direito à garantia no emprego – é vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa da mulher trabalhadora durante o período de gestação e lactação, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto (Ato das disposições constitucionais transitórias – artigo 10, inciso II, letra b); Direito à creche – todo estabelecimento que empregue mais de 30 mulheres com mais de 16 anos de idade deverá ter local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período de amamentação. Essa exigência poderá ser suprida por meio de creches distritais, mantidas diretamente ou mediante convênios com outras entidades públicas ou privadas, como SESI, SESC, LBA, ou entidades sindicais (Consolidação das Leis do Trabalho, artigo 389, parágrafos 1º e 2º);Pausas para amamentar – para amamentar o próprio filho, até que ele complete seis meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a dois descansos, de meia hora cada um. Quando a saúde do filho exigir, o período de seis meses poderá ser dilatado a critério da autoridade competente. (Consolidação das Leis do Trabalho, artigo 396, parágrafo único); Alojamento Conjunto – a Portaria MS/GM nº 1.016/2003, obriga hospitais e maternidades vinculados ao SUS, próprios e conveniados, a implantarem alojamento conjunto (mãe e filho juntos no mesmo quarto, 24 horas por dia)...”(Materno e Complementar, [s.d.]

A dieta das mães assume um contorno bem cultural nas falas lembrando dos alimentos que acreditam interferir no leite, nas cólicas e colocando o uso de alguns chás como galactogogos:

“ Há vai do cuidado da mulher também porque tem muita mulher que acha que só porque ela tá grávida ela pode come tudo mas não pode porque das veis tem muito alimento que a gente mesmo come e acaba afetando no leite da criança, daí e acho que é bom a alimentação da mulher, tem que cuidar o que comer o que toma.”(D)

“ Há mas eu acho que, na minha opinião né porque eu me cuidei diziam que não podia chupar as coisa amargas, ácidas né porque , nossa fiz de tudo! Chá então doce tomava litros.” (risos) (C)

“A minha mãe falava que se tomava poejo com leite dava bastante. Meee! O que tomei! Mas das veis é da natureza da mulher.”(D)

5.2.1.3 Ações dos profissionais da saúde

A saída do hospital já com a prescrição do leite surge entre as falas das mulheres como primeira alternativa nas possíveis intercorrências do aleitamento materno;

“Quando eu saí do hospital o Dr. Já falou que se eu tivesse pouco leite já era pra dar o leite A. O leite A1. Já era pra começar a dá assim que eu sentisse que ela mamasse e não... já era pra dar o leite A. Era pra dar o A1 não era pra der outro tipo de leite!” (risos)(C)

“Mas o médico falou pra mim também que não era pra dar o leite de caixinha mas se não tem não tem a gente não vai deixar uma criança morrendo de fome porque tem que dar o leite certo né! Claro você (se dirige a mãe da criança prematura) já é caso diferente né! Era prematuro.”(D)

“Toma deste mesmo né! (caixinha)”(P)

Uma das vantagens do aleitamento materno consiste na economia da família o que, neste caso, com o uso do leite industrializado e seu custo ocasionou troca do pelo leite de vaca por ter menor custo. Em nossa prática observamos muitas vezes o uso indiscriminado do mesmo sem que sejam tentadas alternativas de reforço e ou retomada do aleitamento materno. A família/mãe não procura a ajuda necessária e a rede profissional de apoio não faz seu papel de orientação, apoio, busca ativa a estas mães. O leite de vaca passa a ser introduzido empiricamente, sem orientação como forma de resolver o problema nutritivo da criança e a dificuldade econômica da família:

“Não eu não procurei, não sei porque eu não procurei . Por causa que nós demo leite em casa e não fez mal. Daí depois acho que ela tinha ficado com gripe daí eu levei ela no médico daí o médico pediu se ela mamava no peito ou na mamadeira daí eu contei mas eu segui fazendo.”(D)

Cabe aos profissionais da saúde estarem atentos e orientarem as puérperas em relação à pega correta do recém-nascido já que embora a sucção seja um ato reflexo ela precisa ser aprendida para ser eficiente. Na pega correta o bebê abre a boca amplamente abocanhando bico e aréola formando-se um lacre firme entre

boca e mama garantindo a compressão dos ductos lactíferos com a gengiva e língua. A pega incorreta pode ocasionar problemas como não esvaziamento da mama (que diminui a produção do leite e não permite o ganho ponderal da criança pois o leite calórico está concentrado no leite posterior do final da mamada) dor e lesões mamilares (BRASIL, 2015):

“[...] e eu falei que tava doendo e ela (profissional) falou que era normal e foi me incentivando [...]”(E)

Na seguinte fala temos a impressão de que pode ter ocorrido a pega incorreta da criança que ao mamar apenas o mamilo e não a aréola parece cansar:

*“Daí que eu ficava mais nervosa e aí a doutora falou assim:- Não adianta se ela fica só chupando ela vai só se cansar. Daí quando eu dava a chuquinha ela não queria mama porque ela tava cansada.”
(C)*

Algumas mulheres demonstraram também não estarem esclarecidas quanto ao tempo adequado do AME, AM bem como ao processo adequado de desmame onde a utilização de técnicas culturais como a tinta de caneta no bico da mama foi utilizada:

“Há o tempo! De início é seis mês no início. Quanto ao tempo não vi falá até quando pode dá!” (E)

“ Até dois anos! “(C)

“ A minha mãe falou que até os três. Tem a minha irmã que ela mamo até os cinco anos daí ela tava grandinha já e de pé depois que tava cansada queria descansar ela tirava o sutiã, o peito da minha mãe pra fora e mamava de pé de grande já que tava. Minha mãe teve que estragar um tubo de caneta e passar. Daí de noite na hora de mama ela não quis mais daí ela falava que tinha bicho no peito daí nunca mais mamou mas eu queria dar até uns três anos.”(D)

Ressalta-se que segundo orientação do MS o AME deve se estender até o sexto mês de vida, sendo a partir daí introduzidos outros alimentos. O AM pode permanecer até dois anos sendo que é influenciada por sinais indicativos de que a criança está amadurecendo pela idade maior que um ano, menos interesse nas mamadas, aceite de variedade de outros alimentos, segurança na sua relação com a mãe, aceite outras formas de consolo, aceitar não ser amamentada em certas ocasiões e locais, às vezes dormir sem mamar no peito, mostrar pouca ansiedade

quando encorajada a não amamentar, às vezes preferir brincar ou fazer outra atividade com a mãe em vez de mamar(BRASIL, 2015).

Observou-se como fator negativo a não observação da recomendação da amamentação na primeira hora como fator de estress das mães em relação à equipe:

“Que nem a minha nasceu meia noite e quinze lá em cima eles levaram e entregaram oito horas da manhã. Eles deram leite A pra menina lá que foi um pouco do erro porque não pode dá. Tem que dá para mãe amamentá que o importante que a primeira coisa que o filho coloque na boca é o leite da mãe, daí deram leite A pra ela daí ela chegou oito horas da manhã ela não quis mama, já tava cheia. Tava vomitando leite quando chegou perto de mim... eu tava preocupada já demoraram a noite intera pra levá ela lá. Falaram que já iam me trazê daí deram leite duas três vez pra ela de noite.”(D)

A amamentação na primeira hora de vida é recomendação das autoridades de saúde pelo fato de reduzir o risco de hemorragias já que a ocitocina produzida pela hipófise e liberada no ato da amamentação estimula a involução uterina e diminui seu sangramento.

A amamentação precoce também é facilitada na primeira hora pelo fato da criança apresentar-se na maior parte do tempo em estado quieto- alerta onde encontra-se quieto, porém alerta com os olhos abertos prestando atenção e favorecendo a interação entre ela e a mãe (BRASIL, 2015). É importante, portanto que os profissionais estejam preocupados em atender estas recomendações que facilitam o aleitamento, contribuem para a recuperação e tranquilidade da mãe:

“Eu já não! Eu já eles trouxeram de meio dia quando era uma hora eles já trouxeram pra amamenta o meu filho, o primeiro. Daí eu pedi o chazinho e aí pediram porque que eu tinha os peito (risos). Com a segunda já foi diferente, nasceu com 1190g nem tinha como amamenta foi pela sonda.”(C)

“[...] a hora que eu ganhei o meu nenê eles levaram lá já ensinaram que era pra dá e aí eu fui dando fui dando[...] Eu queria amamenta mais daí. Dos profissionais teve bons conselhos me ensinaram bem da parte dos que me atenderam”(E)

5.2.2 Percepção das mães com maiores prevalências na amamentação exclusiva

O Quadro 2 apresenta a descrição das categorias de análise oriundas da coleta de dados nos grupos focais em que participaram as mães com maiores prevalências de AME.

Quadro 2: Categorias de análise do grupo focal das mães com maiores prevalências na amamentação exclusiva. Francisco Beltrão, PR, 2016.

INICIAIS	INTERMEDIÁRIAS	FINAIS
Aconchego	I.Sentimentos positivos	I.Percepções positivas
Querer		
Prático		
Vínculo		
Amor		
Paciência	II Fatores que facilitam o AME	
Calma		
Vontade		
Amor		
Família		
Prematuridade	III Fatores que dificultam o AME	II Percepções negativas
Medo		
Dificuldade no desmame		
Estética		
Fissuras		
Leite fraco		
Trabalho		
Constrangimento		
Chá, mamadeira, bico	IV Ações não promotoras do AME	III Ações dos profissionais da saúde
Grupos de gestantes		
Amamentação primeira hora	V Ações promotoras do AME	
Orientações enfermeira		
Amamentação primeira hora		

Fonte: as autoras.

5.2.2.1 Percepções positivas

Sentimentos positivos em relação a amamentação emergem no diálogo com as mulheres entre os quais destacamos a aproximação através do aconchego, a praticidade, o vínculo o amor:

“Pra mim foi ótimo que eu sempre quis ter esta experiência, né! Eu já tive meu outro e não pude amamentar sempre quis amamentar e nunca pude e ela já não, já amamentei parece que fica mais perto da gente, mais aconchegante.”(D)

“É muito bom principalmente quando eles olham com aqueles olhinhos pra gente, ficam cuidando a gente, muito bom, prático, eles ficam bem pertinho. Bem bom. É diferente[...] quando vai dar o primeiro leite fica meio [...]”(E1)

“Eu tive minha primeira e amamentei até um ano e cinco meses daí esta também tem que seguir no mesmo, é um vínculo inexplicável. É tudo de bom, coisa mais boa do mundo!”(E2)

“O olhar assim é tudo pra gente.”(D)

“Por isso que eles ficam grudados com a gente: só mãe, mãe, mãe...pai é por último que eles falam [...] mãe, mamãe.”(E2)

“Acho que também o amor, né!”(E2)

“Eu penso que é o melhor pra ele. Por que que a gente vai dar outra coisa pra ele se a gente tem a possibilidade de dar o leite materno pra ele que é o melhor coisa que tem. Por que que a gente vai incentivar a dar o leite que a criança não quer. É o melhor até pra eles né, que nem ela (E1) falou é amor né pra gente ter amor a eles né [...]”(D)

Entre os fatores que facilitam a amamentação as mulheres destacam ter paciência, calma, vontade, amor:

“Disponibiliza de tempo, de tirar o tempo, de ficar ali sentada, tem que ter paciência!”(N)

“ Ainda mais quando morde! (risos)”(R)

“Tem que tem que ter a calma, se você estiver nervosa isto passa também pra eles (Edna: Passa!). Tem que estar tranquila. Eles mamam olhando que nem ela (E) falou...(risos).”(D)

“Tu acaba esquecendo que tava braba, né!”(E1)

“Tem que ter paciência! Vontade! Tem que ter muita vontade!”(E2)

“Acho que também o amor, né!”(E2)

“A vontade, a insistência de querer amamentar. Se fosse ver já tinha que para já no primeiro mês!”(E2)

“Há! Porque se fosse ver nos dois primeiros dias ela não queria pegar de jeito nenhum mas por insistência de você querer dar o peito pra criança...”(D)

Ressaltam ainda o apoio da família como facilitador, com a preocupação na alimentação da mãe e da criança. Com o nascimento da criança nasce uma mãe que em um momento de fragilidade recebe o apoio de familiares, o que é destacado nas falas:

“ Eles me apoiaram muito, forçava às vezes.”(E1)

“ Haha! Ia na mãe né, fazia chá de funcho, comida. Come pra dar leite! Toma pra dar leite! Deus meu!”(risos)(E2)

“A mãe tava sempre ali, dava chá dava de tudo. Ela no hospital não queria de jeito nenhum e a minha tava ali incentivando.”(D)

“Não pode nem chorar: óh! ela quer mamar!”(R)

“Ó ele tá com fome!”(E)

“Depois reclamam por que que as crianças ficam mais comigo. Quando ficam com outros é quinze minutos nem pra tomar banho que ele tá com fome, ele quer você.”(R)

“Não dá nem pra ir no banheiro que é Mãe, mãe!”(D)

“Tem que ter companhia!” (risos)!(E1)

5.2.2.2 Percepções negativas

A experiência de ter tido um filho prematuro anterior que não foi amamentado traz à mãe insegurança no amamentar o próximo filho:

“Ele nasceu prematuro, me deu pré eclâmpsia e ficou na UTI 10 dias e lá eles começaram a dar chuquinha. Quando ele chegou em casa não quis mais o peito e foi pra mamadeira direto, aí não pegou o peito de jeito nenhum. Ela já não nasceu e já mamou.”(D)

“A minha nenê ficou na fototerapia , daí meu Deus. Aí a médica veio falar pra mim que a bilirrubina tinha dado alta e vamos botar a foto aí eu fui lá dentro da neo e comecei a chorar porque aí dentro do quarto pronto minha nenê dentro da incubadora e eu falei: -Pronto, né! Aí eu cuidava né! Mas fiquei com medo! Porque ela perdeu bastante peso.”(E2)

Os tempos vivenciados na UTIN influenciam o manejo da amamentação em domicílio resultado das interações com os profissionais de saúde no entendimento de que a amamentação pode trazer prejuízos comparativamente às fórmulas infantis baseando-se no ganho de peso (CORRÊA et al., 2015).

Percepções de dúvida em relação à capacidade de amamentar surgem nas falas justificadas pela pouca idade materna:

“Hoje eu tenho um piá que tem seis anos e foi bom porque eu tinha dezenove quando tive ele pois eu era nova quando tive ele e tinha medo de não conseguir e graças a Deus os dois mamam até demais. Ele mamou até dois anos e esta já tem um ano e quatro meses e ainda mama e vai ser difícil tirar. É bom que eles ficam mais dependente da gente.”(R)

A dificuldade no desmame também é apontada na fala anterior sendo que muitas vezes a cultura (não-amamentação, amamentação de curta duração) se confronta com a expectativa da espécie (em média, dois a três anos de amamentação) onde no homem é determinado por fatores genéticos, instinto, fatores sociais, culturais, econômicos, étnicos e comportamentais (BRASIL, 2015). onde destaca o preparo da mãe em relação ao desmame:

“• Mãe estar segura de que quer (ou deve) desmamar;• Entendimento da mãe de que o processo pode ser lento e demandar energia, tanto maior quanto menos pronta estiver a criança;• Flexibilidade, pois o curso do processo é imprevisível; • Paciência (dar tempo à criança) e compreensão; • Suporte e atenção adicionais à criança – mãe deve evitar afastar-se nesse período;• Ausência de outras mudanças, por exemplo, controle dos esfíncteres, separações, mudanças de residência, entre outras;• Sempre que possível, fazer o desmame gradual, retirando uma mamada do dia a cada 1–2 semanas .”(BRASIL, 2015, p. 93)

A preocupação com a estética da mama é um mito que ainda persiste e é evidenciado nas falas seguintes:

“Tem umas que pensam que deixa as tetas caídas.”(R)

“Tem bastante! Que até os quatro meses não dá nada, depois não dá mais [...]. Acho que a ‘pessoa pensa mais nela do que no filho, deixar parar de dar de mamar pra ficar com tudo em cima [...]’(risos).”(E1)

Processos dolorosos mamários são retratados nas falas:

“Tem a parte que racha o peito que é difícil, no começo machuca. Chegava a sair sangue, chegava a chorar na hora de dar de mamar pra ele. Do meu outro no começo não rachou, rachou quando ele tava de seis meses quando ele tinha os dentes de baixo e daí pra ajudar ele mordía.”(R)

“Comigo também não foi fácil, cortou, sangrou, doeu, quando ele mamava eu chorava junto, mas eu pensava assim: é por ela, essa dor é por ela. Foi difícil mas nem assim eu parei.”(D)

“Eu ia tentando. Nos dois primeiros dias ela não queria pegar. Aí eu como tinha pouco bico no peito, ela não conseguia.”(D)

As fissuras no mamilo podem ser evitadas pela orientação adequada por parte dos profissionais da saúde. Estes podem orientar a pega correta e o posicionamento adequado do binômio mãe-filho. Esta orientação para a gestante mostrou-se importante na diminuição de processos dolorosos mamários no puerpério (SOUZA et al., 2009).

As mulheres deste grupo focal deixaram claro em suas falas que não acreditam existir leite fraco, porém retratam a questão como um fator importante na cultura popular onde passaram por dúvidas, questionamentos e orientações profissionais sobre o assunto:

“Não existe!”(N)

“Não existe!”(R)

“Também acho que não!”(E2)

“Olha eu achava até que existe e eu fui consultar porque achei que meu leite era fraco mas aí Doutora falou que não, era pouco, ele deu uma diminuída porque cada passo ela queria estar ali mamando, como se nunca matasse a fome. Eu achava estranho! Toda hora tava com fome. Daí eu fui consultar daí ela falou que não o meu leite só era pouco, não era fraco. Ainda ela falou: Leite materno nunca é fraco! Sempre é pouco! Até tentei dar a mamadeira, dei um pouquinho, acho que ela passou um mês na mamadeira e já voltou pro leite.”(D)

“Também falaram que meu leite era fraco e daí ele via que era meio transparente o meu leite e daí eu falava pra ele: -Fraco é teus olho! Ele não é fraco! (risos). E daí a minha mãe veio pra cá e falou pra ele:”-Não é fraco Tiago! Daí ela foi lá no mercado e comprou um monte de coisa e falou: -Agora vai comer pra ficar forte o leite! Já que você tá falando que o leite é fraco.”(R)

“ A doutora quando eu consultei ela falou assim que às vezes não é tanta fome é mais que a criança quer ficar perto de você. Ela acha aquela desculpa de ficar ali mamando pra pegar o colo e ficar ali junto.”(D)

“Chorou a primeira coisa que se dá é o peito. Aí se ele não quiser você dá outra coisa!”(D)

“Eu sei que é a cada duas, três horas!”(N)

“No começo nem dava duas, três horas, Deus meu!”(E2)

“ Cinco minutos! “(risos)(D)

“ Eu acho que não existe leite fraco! Tem gente que se queixa mas acho que pode ser o pouco leite ou tem gente que tem pressa, coloca aí e já quer que a criança. Porque no começo já dá uma hora que eles mamam. Eles mamam, dormem, mamam. Tem que ter paciência.”(E1)

“Mas a gente ouve muito falar.”(N)

“Tem os mais antigos também que falam bastante no leite fraco.”(E2)

Demonstram também conhecimento sobre a mudança de composição do leite durante a mamada:

“ Eu sei que o primeiro mês é o colostro.”(D)

“Por isso que tem que ficar uns quarenta minutos em uma mama.”(E2)

“O Dr. M falou que tinha que esgotar tudo e não foi ele mas eu li que o primeiro leite é mais aguado e depois que vem o leite mais gorduroso no caso.”(E1)

Apesar de não terem sido encontradas referências ao leite fraco na literatura as questões ligadas ao o leite humano implicam ligar, ao mesmo tempo, a sua dimensão biológica, onde toda a mulher é capaz de produzir leite em qualidade e quantidade, ao contexto social, sem contudo reduzi-lo, nem a uma coisa nem a outra, sendo necessário ampliarmos a compreensão dos significados das tramas que nela se estabelecem (ALMEIDA, 1999).

Apesar das leis protegerem as mães que amamentam seja pelos 120 dias de licença maternidade, intervalos de meia hora para amamentação o trabalho aparece como um dificultador potencial da amamentação. Embora neste estudo não tenha sido estatisticamente significativo o desmame relacionado ao trabalho, nas falas as consequências do ser mãe a amamentar trabalhando emergiram com veemência. O tempo prolongado fora de casa (mais de 12 horas), a licença concedida de 120 dias contraditória à recomendação de amamentação de 180 dias, a resistência no

trabalho em relação ao intervalo de meia hora foram aspectos apontados nas conversas do grupo focal:

“Se você fosse ver você trabalha né [...] eu trabalho doze horas por dia, são doze horas eu tava a noite em casa e eu tinha que dar um jeito de ir dar mamar [...].(E2)

“No trabalho também tem que esgotar né aí estimula, tem que esgotar!”(E2)

“Que nem agora eu chego em casa uma e meia da tarde ela já tá coitadinha torrada de fome.”(D)

“Eu acho que pouco tempo, tinha que ser mais prolongada a licença maternidade, que acho que assim que o privado tem quatro meses. Quatro meses! Os neném não tem outra alternativa. Tem lugares que é seis meses e tinha que ser até um ano no mínimo!”(E2)

“Eles forçam a amamentar até os seis meses mas você tem que voltar a trabalhar com quatro.”(E)

“Tem uns lugares que nossa! Eu senti resistência de colegas. Tipo assim: -Nossa! Você já vai sair! Pessoas assim que deviam te dar uma força, incentivo, não! Cheguei até a receber proposta de pedir ser eu não queria mudar pro dia. Não da parte da chefia maior mas do chefe de setor mesmo[...] saía meia noite e ia rapidinho pra casa. Sempre tinha aquelas conversa.”(N)

“Eu trabalho no trabalho A e também eu saía. Minha mãe me ligava e falava:”- Ó: _venha que tá começando a querer chorar!”.- Eu avisava: -Tô indo! Duas vezes por dia!”(E2)

“Acho não dá pra pegar um serviço muito prolongado, deixa ou você tem que pegar um serviço que possa amamentar né, que alguém possa levar.”(D)

“Voltei dois meses. Um mês pra voltar e outro os trinta dias. Não sei quando que vou voltar. Não é fácil! Que nem ele pra dormir tem que ser mamando. Pra mim sair de casa não tem com quem deixar. Dizem que depois que deixa mais com outra pessoas perde mais dorme de qualquer jeito ou começa com a mamadeira . Mas assim mesmo enquanto dá de dar eu vou dar.”(E1)

“Ela assim fica com a minha mãe na parte da manhã e ela dá de tudo né, mas chega a parte do meio dia que é a parte do sono ela começa já não adianta ela não quer mais nada. É o mama!”(D)

O trabalho em si não deve ser visto como empecilho à amamentação, pois quando a mulher consegue adequar horários, proximidade de moradia, cuidadores ou creches o mesmo não interfere na amamentação:

“Eu ia na metade da manhã, na metade da tarde, meio dia. Daí eu parava às cinco e dava três horas. Deixava com a tata bem perto do serviço se não não teria como.”(E1)

“Não eu vou trabalhar e levo ele junto. Aí faz quatro meses que eu vou e só de tarde eu levo ele junto aí é tranquilo . Mas do outro eu volteia a trabalhar e ele tinha um ano e cinco meses mas eu dava mama igual pra ele. Ele não pegava mamadeira daí ele era maior e chorava bem mais e eu não conseguia creche pra ele.”(R)

Nas falas observa-se novamente a questão do constrangimento em amamentar em público ocasionada por fala de familiar, por boatos em redes sociais em relação a possível regulamentação de punição a quem amamentasse em público:

“Eu tenho alguma coisa: A minha mãe por ser uma pessoa de bastante idade quando ela via eu amamentando minha filha ela dizia:”- Ui que feio! Caca!” Ou se eu ia na casa dela eu tinha que ir no quarto me esconder! [...] eu ia lá e até diminuí as idas. Eu ia todos os finais de semana ver ela aí deixamos um pouco de ir lá por me sentir constrangida.”(N)

“Não pode dar na frente dos outros!”(E2)

“Mas agora tem aquela lei que agora você pode, que uma vez era meio preconceito. Eu lembro que quando eu ia na igreja ou em algum lugar eu ia lá fora.”(E2)

Que nem no face eu escutei uma mulher que falou que no carnaval as mulheres podem mostrar os peitos mas porque não pode mostrar amamentando?”(R)

“Alguém soltou e agora a cada pouco olhava na internet e tava alguma coisa dizendo que tava proibido, que não podia. Um soltou e continuou a história. “(E1)

Outra fala, porém, reporta o encantamento causado pelo ato de amamentação:

“Tem uma frase que eu escutei e é verdade: não é a gente que escolhe a hora de dar de mamar, é eles que escolhem que querem mamar né! Não tem como você dizer não me desculpe, espere nós chegar em casa daí você mama [...]. Nossa eu acho coisa mais linda você ver a mulher amamentando!”(D)

Embora neste grupo focal as mães tenham amamentado por maior tempo e por suposto se conclui que não teriam oferecido mamadeira ou chupeta elas relatam que foram orientadas por familiares, profissionais da saúde a oferecerem a chupeta e mamadeira principalmente com chás. Deixam a entender porém que não ofereciam, ofereciam pouco ou que a criança não aceitava:

“Até minha mãe dizia dá chazinho, faz chazinho! Só queria mamar , não queria nem chá!...Até hoje ela não sabe pegar a mamadeira!” (E2)

“O bico também ela pega só pra ficar mordendo e brincando.”(D)

“O meu também não sabe chupar a mamadeira . Ele vai tomar aí ele vira.(E1)

“Que o chá é calmante, pra não dar cólica.”(N)

“Dizem que não pode dar nada de líquido. No caso dele ele tinha quinze dias e aí eles diziam:-Tem que dar chá!”(E1)

“As enfermeiras recomendaram a dar porque eles falaram que a criança também sente sede... Na assistência social. Ela falou que não é exagerado, uma colherzinha bem pequeninha.”(R)

“Hoje minha mãe levou uma bica de chá lá em casa: Ó trouxe um chazinho pra Mariana!”(E2)

“Sem açúcar! Tem uma senhorinha que mora em frente a minha casa: - Você tem que dá chazinho a pele limpa e ela vai ficar bem bonita!” (risos)(N)

“Tá mas aí o chá sem açúcar tomava?”(E2)

“Sem açúcar sim. Eu dei poejo e erva doce.”(R)

“Eu nunca dei sem açúcar!”(D)

“Acho que ninguém gosta de chá sem açúcar né!A gente é acostumado com o doce.”(E2)

“Eu não faço!”(N)

“Minha mãe dizia:-Deu chá? Aí eu dizia:-Dei, já fiz já dei (risos) (deixa a entender que não dava e para não entrar em conflito mentia que tinha dado).”(E 2)

“Eu dava pouco, mas eu dava. Quando era pequeno na colher e depois no copo. Eu tentei dar na mamadeira!”(R)

“Um suco ou uma coisa assim eu até dou na mamadeira mas ela não desgruda do peito e eu acho engraçado!”(D)

O uso de água, chás outros leites está relacionado com o desmame precoce e aumento de morbimortalidade infantil. Algumas crianças quando experimentam a mamadeira passam a ter dificuldades na amamentação pela “confusão de bicos” pois sugar a mamadeira e a mama difere pela maneira de sugar pois na mamadeira o fluxo flui abundantemente desde a primeira sucção o que na mama demora um minuto para que o reflexo de ejeção se concretize causando o choro na criança. A mamadeira ainda é uma potente forma de transmissão de contaminantes patogênicos à criança. A suplementação do leite materno com outros líquidos não é necessária mesmo em locais secos e quentes ou em recém-nascidos que ingerem pouco colostro pois já nascem com níveis de hidratação tecidual relativamente altos(BRASIL, 2015).

Queluz (2011) destaca que o uso de outros líquidos na mamadeira pode saciar a vontade de sucção da criança, fazendo com que mame menos o que estimula menos a mama e por consequência produz menos leite devido a não estimulação. Esta relação também se reporta ao uso da chupeta.

Políticas de proteção ao aleitamento materno são normatizadas através da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras – NBCAL (Portaria MS/GM nº 2.051/2001 e duas Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a RDC nº 221/2002 e a RDC nº 222/2002) e Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Esses arcabouços legais regulamentam a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância (até os 3 anos de idade) e produtos de puericultura correlatos, porém não conseguem ainda ter um impacto na questão cultural da sociedade onde o uso da chupeta é muito arraigada inclusive entre profissionais da saúde:

“A minha cunhada falou que agora quando nascem eles já tacam o bico já no hospital. A minha cunhada foi ficar com uma amiga dela no sábado passado aí falou que as enfermeiras deram o bico que achou estranho porque quando a gente tipo foi ganhar não podia levar o bico. Ela falou que o bico já tá incluído no kit maternidade.”(R)

“Quando eu ganhei ela eu levei o bico, na hora da saída.”(D)

“Ainda a gente falou que na época a gente não podia nem mostrar o bico no hospital, aí agora parece que já vem no kit. Todas as crianças tinham bico no quarto quando ela foi lá ver a amiga dela. Eu achei engraçado . Eles mesmo falam que não pode usar bico.”(R)

“Tem médicos que quando a criança chora muito mandam dar o bico.”(E1)

5.2.2.3 Ações dos profissionais da saúde

Quando questionadas sobre as orientações recebidas pelos profissionais da saúde reportam-se a algumas orientações importantes recebidas pelos profissionais da saúde que podem fazer muita diferença na vida das mulheres:

“Pra mim o Doutor do ouvido falou que eu não poderia amamentar com ele deitado” (R)

“No pré-natal a enfermeira sempre me orientou, me incentivou. Como foi uma gravidez que eu não esperava e demorei pra aceitar foi de suma importância...ensinou a preparar as mamas, da amamentação, da importância.”(N)

O modelo de atenção curativo em que o médico é a figura hegemônica na maioria dos serviços, onde as UBSs tradicionais baseiam-se em agendamento de consultas, sem vínculo com as gestantes ou puérperas, sem resolubilidade das equipes que encontram-se desmotivadas ou despreparadas tem sido apontada como coadjuvantes nos índices não satisfatórios do AM. Além destes fatores a descontinuidade a descorresponsabilização, o não uso do sistema de referência/contrarreferência em descompasso com a políticas de rede em saúde tem prejudicado as ações de incentivo à amamentação. O conhecimento técnico adquirido dos profissionais ainda não tem sido suficiente para a compreensão do AM na sua rede sociocultural e biológica (QUELUZ, 2011).

Embora tenham ouvido falar sobre grupos de gestantes em alguns locais neste grupo, assim como nas entrevistas quantitativas sua falta é apontada:

“ ...eles poderiam também fazer uma reunião nos postinhos. Uma vez, Nos seis, sete ou oito mês fazer uma hora de reunião, tirar umas dúvidas, alguma coisa assim só pra influenciar.”(E1)

“Mas acho que tem alguns lugares que tem programas que tem. Tem alguns bairros que acho que fazem programas.”(E2)

“Eu ouvi falar que poderia ter mas eu fiz o pré-natal inteiro e nunca ninguém tocou no assunto de nada.”(E2)

“Eu na minha primeira eu participei, eu morava em São Paulo daí participei lá de aleitamento materno, um monte de coisas. As orientações na verdade eu já tinha de lá, mas agora eu não tive nada. Muito pouco assim. A Doutora falava alguma coisa, mas o dia que eu ganhei, muito pouco. Não botaram no peito. Fiz cesárea e não colocaram.”(E2)

Por meio das falas e dos resultados quantitativos deste estudo pode-se observar que a amamentação na primeira hora de vida ainda não é conduzida de forma efetiva entre as puérperas pelas equipes:

“Eu já subi pro quarto e demorou uma hora pro nenê subir. Aí demorou um pouquinho pro nenê pedir o mama mas logo que ele pediu eu já dei leite. Acho que demorou umas duas horas ”(E1)

“Eu subi e dali uma duas horas.”(D)

“Umás duas horas também demorou. Lá a rotina é outra: leva pro berço aquecido, aí pesa, aí o pediatra vai lá.(N)

“Acho que isto também é feito lá no centro cirúrgico, já pesa e já bota no berço e a Dr já vê se tá tudo bem e a hora que vai buscar a mãe já sobe junto aí a gente termina de fazer o que tem que fazer lá em cima na maternidade. O banho é dado seis horas depois que nasce. A gente vai e mede, faz a vacina preenche a carteirinha daí coloca uma roupinha já enrola bem quentinho e já leva pra mãe. Seis horas depois dá banho.”(E2)

Cabe a equipe de saúde estimular a amamentação na primeira hora de vida orientando a mãe e família sobre as vantagens desta ação, colocando a criança no peito da mãe já com as orientações de pega correta, estimulando a interação. É importante que a família seja informada das capacidades do recém-nascido a termo e no estado quieto-alerta que pode ir ao encontro da mama por si próprio se colocado sobre o tórax da mãe em 40 minutos de vida, reconhecer a face da mãe em algumas horas de vida a uma distância de 20 a 25 cm (distância entre o rosto do bebê e da mãe durante a amamentação) (BRASIL, 2015).

5.2.3 Percepção dos profissionais da saúde

As categorias de análise obtidas nos grupos focais em que participaram os profissionais da saúde estão descritas no Quadro 3.

Quadro 2: Categorias de análise do grupo focal dos profissionais da área da saúde. Francisco Beltrão, PR, 2016.

INICIAIS	INTERMEDIÁRIAS	FINAIS
Disposição	I Fatores que facilitam o AME	I. Percepções positivas dos profissionais
Conhecer benefícios		
Família		
Amor		
Orientação/estimulação		
Despreocupação/descanço		
Educação		
Protocolos		
Puericultura		
AM indo bem		
Rede referência		
Visita domiciliar		
Galactogogos		
Gestão: Grupos/Capacitações/recursos		
Equipe		
Exemplos		
Reuniões		
Banco de leite		
Orientação/visita puerperal		
Bom desenvolvimento		
Leite Fraco/hipogalactia		
Fissuras		
Pega incorreta		
Não querer		
Constrangimento		
Alimentação		
Stress		
Estética		
Liberdade		
MamadeiraChá /bico/chupeta		
Receita		
Licença 6mx4m		
Trabalho		
Família		
Rotina tumultuada		

Fonte: autoras

5.2.3.1 Percepções positivas dos profissionais

A amamentação e suas vantagens (retorno do corpo ao seu estado pré gestacional mais cedo, praticidade por estar pronto, baixo custo, primeira vacina, vínculo entre mãe e filho, forma de planejamento familiar) são enaltecidas pelas equipes, onde um dos profissionais ressalta que o conhecimento e informação por parte das mães faz com que elas se disponham a amamentar:

“[...]tem aqueles benefícios todos né de o corpo volta mais cedo pro lugar, de o bebê não ter aquelas infecções respiratórias, intestinais[...]” (P1)

“[...]é a prontidão da necessidade, da disponibilidade. A exclusividade e não precisa esquentar, não tem que comprar, não tem gasto, não tem demanda, não precisa regular a temperatura do leite [...]. (P2)

“Eu penso que o principal facilitador seria esta vontade esta predisposição. Eu queria muito, eu tinha vontade de amamentar se eu não tivesse aquele fator lá da fissura do meu peito de repente (deixa a entender que faria abandonar) eu chorava pra amamentar. Dava vontade de parar de dar de mamar naqueles dias que tava pior né mas eu amamentava mesmo assim porque eu pensava no benefício do bebê que eu queria né. Então acho que foi o que... O restante vem as informações das vantagens da amamentação.”(P1)

“Que se a gente for vê mesmo o leite é a primeira vacina da criança.” (ACS 3)

“O vínculo também entre mãe e filho. Além de toda a importância que a gente sabe pra mãe e pro bebê o vínculo é uma coisa muito importante. Olho no olho, o carinho.”(P3)

“Eu acho que não existe leite que substitua. Ajuda no crescimento no desenvolvimento, evita doenças.” (ACS 2)

“[...] é uma forma de planejamento familiar [...] Quantas mulheres aqui engravidam com menos de um ano de parto. Tem mães com crianças de colo ainda tá com barrigão.”(P4)

“ É só querê, só ter força de vontade! Não é difícil! Meu Deus o que que custa tira o peito ali, arrumá o nenêzinho e dá. Se ela não quer não faz, quem quer dá um jeito sempre!”(ACS 2)

Os profissionais apontam o apoio familiar como facilitador, fonte de apoio e cooperação em relação ao aleitamento materno:

“Acredito que como facilitador poderia entrá também o apoio da família que é importante, se tem alguém que ajude. Então tem alguém que tá ajudando na hora em que tem que amamentar. Tá dando estímulo.”(P1)

“Cooperação né! Das pessoas ao redor.”(P8)

“Tem apoio da família!”(P11)

Como aspectos que aumentam as chances de amamentação a equipe 1 destaca o amor recebido, a boa orientação, estimulação bem como a despreocupação e descanso.

“Tem amor!”(P7)

“Bem orientada, estimulada!”(P2)

“Despreocupada, descansada”(P1)

Os profissionais apontam o nível educacional da comunidade e por consequência das mães como fator protetor do AM permitindo a melhor conscientização, compreensão das orientações:

“...essa consciência vem do quê? Vem da educação! Primeiro lugar! Eu sempre falei que eu brigava nos municípios que eu trabalhava que primeiro tinha que ser a saúde e hoje eu penso totalmente diferente que eu acredito que primeiro de tudo é a educação! Se a pessoa tem educação ela vai ter interesse, ela vai sabe que aquilo lá é importante né! Então isso que a gente tem que brigar sabe. Pela educação da comunidade pra que ela tenha um pouquinho de entendimento e veja que tudo isso é importante! Acho que isto é uma coisa que facilita né! E vai do interesse também né, que vc já falou né! Às vezes não adianta dedicação, conhecimento e não tem interesse. A educação melhora tudo na saúde porque daí vai sabe lê vai sabe qual remédio você tem que tomar de quantas em quantas horas você tem que tomar.”(P 5)

“Na nossa realidade quanto menor o grau de instrução mais difícil de trabalhar né! Bate na tecla milhões de vezes.”(P6)

“Na verdade é o poder de convencimento da melhora de menos efeitos colaterais menos consulta no pediatra, menos encrenca, menos motivo de piora pro nenê. Isto nós temos que convencer. Infelizmente a mentalidade do brasileiro da lei de Gerson é levar vantagem com presentinho com coisa ele impera. Nós temos aí um trabalho de formiguinha que leva anos pra melhorar o aleitamento. Mas como única medida e sim o grupo.” (P2)

Estas ideias corroboram com estudos epidemiológicos de análise entre o AME e escolaridade que demonstram que a interrupção do AME e baixo nível de escolaridade apresentam associação (CAMINHA et al., 2010; VENÂNCIO et al., 2002). Outros estudos, porém não apontaram a mesma associação (CARRASCOZA et al., 2011; QUELUZ, 2011). Apesar disto não podemos esquecer que um nível mínimo de escolaridade sempre facilita orientações em saúde haja vista as falas destes profissionais aliada a sua experiência.

Embora existam protocolos de atendimento à gestante e puérpera tanto da rede cegonha quanto da Rede Mãe Paranaense a equipe questiona a falta de um protocolo específico de amamentação:

“Existe um grupo de uma universidade e que eles tão fazendo protocolos Guidelines de amamentação. Eles já saem com orientações com períodos específicos em que o PSF faz, o PSF faz antes, faz depois, mas isso tem um protocolo escrito. Por exemplo: Protocolo de amamentação exclusiva do município de Francisco Beltrão estabelecido pela enfermeira fulana de tal com orientações durante o pré-natal o pós- parto imediato e são duas três folhinhas até o período de seis meses. Os guidelines que eles colocam os guias de direcionamento pra realização que pode servir de protocolo. Não existe ainda alguma coisa assim no Brasil. Existe alguns setores especializados de algumas maternidades gigantes: São Paulo, Pernambuco e um protocolo guia inicial em Curitiba. São projetos maravilhosos mas que ainda não tem direcionamento. Assim como colocaram o projeto Mãe curitibana, mãe paranaense mas esqueceram do aleitamento materno exclusivo seis meses.”(P2)

“O pós parto imediato tem que ser mais estimulado. Independente se for da rede pública ou privada que alguém faça esse protocolo...”(P2)

A fim de se obter sucesso na amamentação é necessário que se tenha uma norma escrita relacionada onde todos os profissionais que trabalham em ações de incentivo à amamentação devam ser capacitados a fornecer informações às mães de forma sistemática e em uma única linguagem. Entre os dez passos para o sucesso da amamentação recomendadas pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância- relacionados ao assunto destacamos o passo um e dois: “1 – Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço. 2 – Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.” (OMS, 1989).

Os profissionais apontam a puericultura como aliado ao trabalho de incentivo à amamentação:

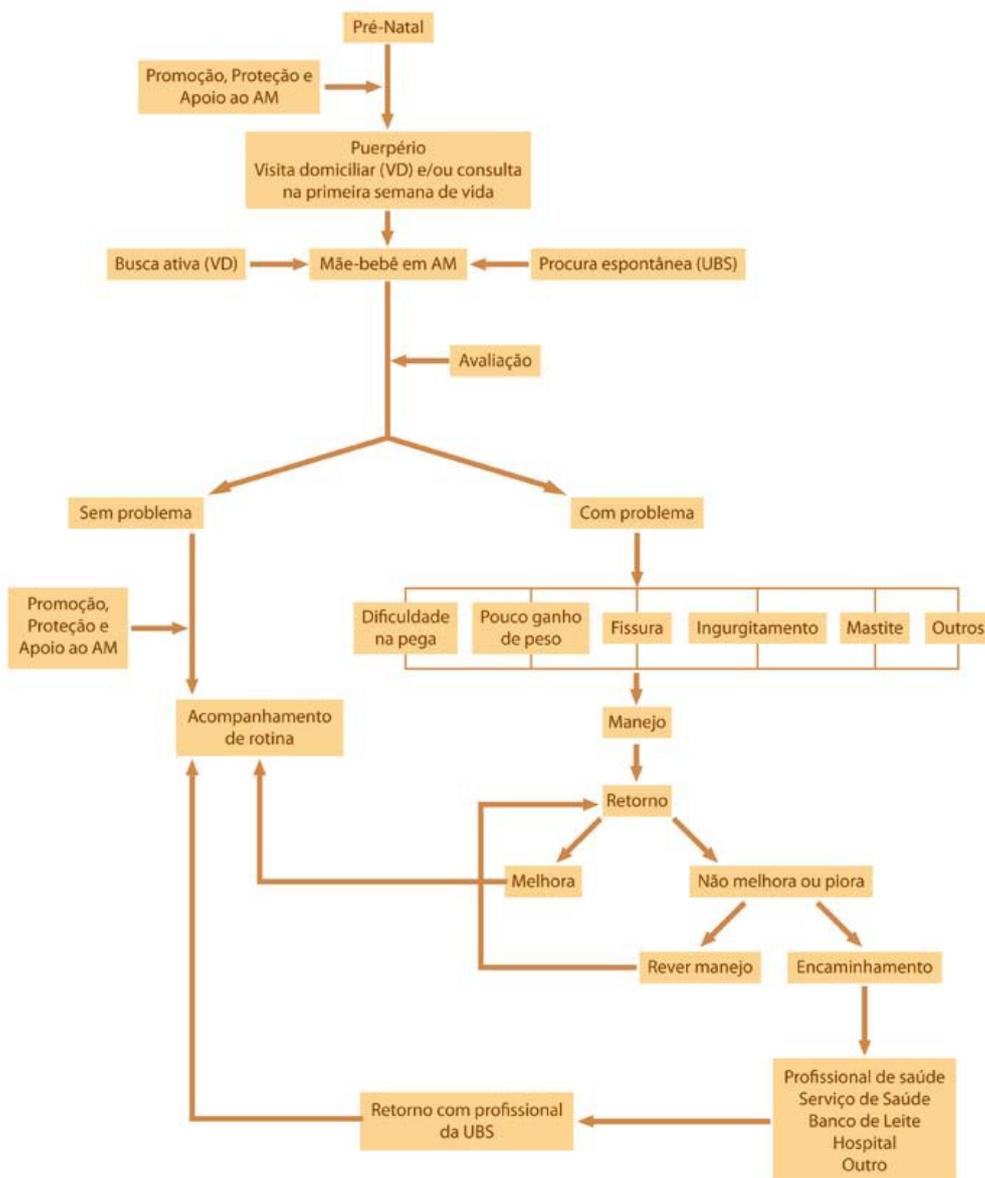
“... Eu acho que a puericultura ela vem a ajudar isso, você tá quase todo mês olhando aquela criança e você vai perguntar como é que tá a amamentação. Como é que tá isso.”(P4)

Segundo a linha guia do programa mãe Paranaense (PARANÁ, 2012) compete à atenção primária o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como parte da avaliação integral à saúde da criança, sendo previsto o registro na carteira da criança, a avaliação do peso, altura, perímetro cefálico, desenvolvimento, vacinação, intercorrências, estado nutricional, bem como orientações sobre os cuidados com a criança (alimentação, prevenção de acidentes e higiene). O Calendário Mínimo de Consultas para Assistência à Criança contempla um intervalo de oito consultas no 1º ano de vida: mensal até 6º mês, trimestral do 6º ao 12º mês, duas consultas no 2º ano de vida (semestral de 12 até 24 meses). E uma consulta a partir do 3º ano de vida. Até a faixa etária de cinco anos, recomenda-se uma visita domiciliar mensal realizada pelo agente comunitário. As intercorrências e aí incluímos as relacionadas ao AM, devem ser acolhidas prontamente independente do calendário de consultas.

Segundo a linha guia durante todo esse acompanhamento, envolvendo consultas e visitas domiciliares, a equipe deve: estimular o aleitamento materno, conforme preconizado pela OMS; orientar o processo de desmame e a alimentação complementar, analisar o crescimento global da criança, entre outras ações. Preconiza ainda a busca de faltosos nas atividades programadas.

Pode ser interessante que as equipes tenham bem estabelecidos fluxogramas de atendimento à mulher e à criança com vistas ao AM:

Modelo de fluxograma de atendimento à mulher e à criança com vistas ao AM



Fonte:Brasil,2009

A puericultura passa a ser um importante meio de esclarecimento das mães sobre o mito do leite fraco e detecção de condutas na hipogalactia, impedindo o desmame precoce:

“Toda criança que vem é medida a estatura e a cabeça, peso sabendo disto e as vezes até braquial, a temperatura.” Para identificar hipogalactia.(P4)

“O choro né, o meu chorou teve que tomar no copinho lá no hospital sugava sugava mas ...” (ACS2)

“Tem a pele o olho o jeito, a barriga pra dentro, sem coxa, as bochechas, só dorme...”(P4)

“Mas a gente ainda tem mães que não tiveram leite. Tentaram de todas as maneiras e não tiveram, não teve a produção do leite.(ACS 4)

“Eu não passo o leite. Encaminho pro pediatra e deixo com ele porque todo mundo passa por mim, deixo com a nutricionista ou com a pediatra.” (P4)

“Só que dá dó porque tem mães que tem leite e não dão e tem mães que querem amamentar e não conseguem.” (ACS 4)

“A mãe observa se a criança está aumentando de peso se o leite está sendo o suficiente.” (P9)

“O principal é se tá desenvolvendo bem, que nem a de ontem que a criança tá graúda, visivelmente bonita assim, bem desenvolvida, o peso.” (P1)

“Lá no hospital já dão a mamadeira já dão lá. Perdeu peso! Normal perder peso que nem eu falo pra ela só que tem que amamenta pra não deixa cair este peso.” (P7)

“Até porque nos primeiros dias há um decréscimo do peso que não é o fator predominante. Nos primeiros dias desidrata e há uma perda de até 10% do peso que isso não é o fator que o leite é fraco e sim fisiológico mesmo amamentando e isso será recuperado com a amamentação.”(P2)

“... várias trocas de fralda também significa que está sendo eficiente né!”(P1)

“Na verdade a gente orienta a procurar o enfermeiro. Daí sim tem que avaliar também através de exame, do peso.” (ACS 2)

“... nós é na puericultura que vc vai pegar todos os dados antropométricos” (P4)

“... ver se a mãe está amamentando certo porque nós tivemos mãe que às vezes começa num peito tá cheio aquele peito e vai pro outro, não é assim que a mãe que fazê? Quando é recém-nascido tem que esgotá aquele peito toma todas as fases.”(P5)

Na puericultura realizada na primeira semana a equipe pode observar se o bebê dá sinais de insuficiência de leite, tais como não ficar saciado após as mamadas, chorar muito, querer mamar com frequência e ficar muito tempo no peito

nas mamadas. O número de vezes que a criança urina ao dia (menos que seis a oito) e evacuações infrequentes, com fezes em pequena quantidade, secas e duras, são indicativos indiretos de pouco volume de leite ingerido. Porém, o melhor indicativo de que a criança não está recebendo volume adequado de leite é a constatação, por meio do acompanhamento de seu crescimento, de que ela não está ganhando peso adequadamente (BRASIL, 2015).

Os profissionais ressaltam a importância da rede de apoio à amamentação desde o pré-natal, parto e puerpério com a articulação entre a rede hospitalar de referência e a atenção básica:

“...eu faço uma orientação aqui no pré-natal, mas só eu orientar uma vez eu acho pouco. Eu ou a fulana que oriente ali também na pós consulta. Eu que faço a palestra uma vez por mês, eu faço mas ela faz também na pós consulta também e se outros profissionais também não fazem isto e insistirem nisto e durante todo o período do pré- natal e lá no hospital também vai forçar aí é o que o doutor diz os outros acabam dominando. Quem fala depois né!”(P1)

A gente tá falando de aleitamento mas que nem a gente vê aqui às vezes a gente faz as coisas certinhas com a gestante e quando chega lá no hospital às vezes não é bem atendida. Não adianta você fazê na base e quando chega lá, no principal tem muita coisa errada.”(P7)

“Outra coisa a equipe que tava ali no dia devia te atentado de depois ligar pro endereço dessa mãe vê o bairro/PSF e liga: Ó tem um bebê aqui que tal dia consulto dessa forma. Como é que tá ? Já sabem deste bebê? Tem que fazê a visita!”(P1)

“Cadê a mãe dela, pai, vô?”(P7)

Na articulação da rede de cuidados em que estão inseridos o binômio mãe e filho cabe portanto, estarem atentos os profissionais e gestores em relação à seguinte questão:

“ [...] priorizar o sistema de referência e contrarreferência, instituir uma política de visita domiciliar à puérpera na primeira semana de vida do RN, de modo a permitir a horizontalidade, a abordagem contextualizada, norteada pelo vínculo, integralidade e resolubilidade, na perspectiva de detectar precocemente e intervir nas dificuldades que o binômio mãe e filho possa estar vivenciando.” (QUELUZ, 2011 p.114)

Neste sentido os profissionais ressaltam a necessidade do acompanhamento rápido, disponível, principalmente através da visita domiciliar, busca de mães e crianças faltosas:

"[...] O hospital pela proposta da linha guia é; o hospital avisa a unidade vínculo dela de origem que ela teve bebê e daí o enfermeiro ir lá fazer a visita no quinto até o sétimo dia. Isso não funciona na prática."(P1)

"No médico elas voltam quarenta dias depois ou um mês." (P8)

"Mas pediatra no nosso município é complicado também. Não tem aquela porta aberta, não tem agendamento pro bebê."(P1)

"Tem paciente que vai embora sábado à noite, sexta à noite. Eles querem pegar o nenê e ir embora e aí tinha que dar um papel pra eles lerem."(P2)

"Tem que ter o apoio lá no hospital que a dificuldade é lá ainda no dia que o bebê nasceu e às vezes já desmama lá mesmo. O leite não desceu com dois dias e aí ela já começa a dar o leite A e aí vem pra nós às vezes quando é parto normal na primeira semana. A gente não consegue pegar a questão de esvaziar o leite se o bebê mamou e ainda ficar muito cheio ela fazer a ordenha manual. Mas se ela chegar tarde já inicio da mastite, tudo isso. Então tem muita falha. Muita mesmo."(P1)

"Tem mulher que a gente liga e não consegue nem fala!"(P7)

"A gente liga, chama não vem...Depois que teve bebê muitas pensam que...Isso que a gente avisa: liga depois que teve bebê pra marcar o dia do teu retorno aqui com uma das enfermeiras pra depois vir com o médico. A gente consegue orientar elas melhor separado fora o dia da consulta ali mas muitas não seguem o que a gente orienta a gente tem que dar conta que elas não vieram tem que ligar atrás. Isto tudo é tempo perdido."(P1)

Ainda segundo a linha guia do programa Mãe Paranaense a atenção primária deverá realizar visita domiciliar na primeira semana após o parto e nascimento (até o quinto dia) para acompanhamento da puérpera e da criança, estimulando-se o AM. O hospital/maternidade responsável pelo parto por sua vez deve comunicar equipe de atenção primária responsável sobre as condições da mãe e RN para que possa ser agendada a VD. Além desta comunicação a UBS deve receber a DNV e a estratificação de risco da criança. A demanda espontânea, porém não deve ser descartada (PARANÁ, 2012).

Na fala a seguir o profissional consegue estabelecer a importância da puericultura, a função de cada serviço na rede de assistência, o papel importante da atenção primária na rede onde a referência da mulher continue acompanhada da responsabilização da APS e da contra referência do outro serviço. A

responsabilidade da gestão na formação dos recursos humanos e do estabelecimento da rede com seu sistema de referência e contra referência também são destacados:

“Uma coisa sobre a amamentação materna é um conjunto de ações de prevenção promoção. Isso é uma tarefa da atenção básica trabalhar através de puericultura, grupos de mães na comunidade, ensiná a cuida fazê visita, identifica a mãe que não tá amamentando naquela casa. Você orientá! Então são orientações que tem que tá desde o pré-natal, desde o planejamento familiar até a criança nascer vc ensina a mãe amamentar mas não ensina ela quando tira. Então é tarefa da equipe né. A gente fica triste né quando os outros da atenção á saúde hospitalar ou pronto atendimento não conseguem orientar a mãezinha lá, a família fica ansiosa. Então, acho que assim: a gente tem que fortalecer a atenção primária, fortalecer as ações do dia a dia. Se você não atender a atenção primária você vai falhar... Então a gente acredita que a atenção básica é que tem que puxar isso, a gestão tem que apoiar as equipes e qualificá todo mundo. Enquanto alguém tive falando que leite é fraco que leite A é solução que é complementação alimentar... Aí se não consegue, encaminha pra pediatra antes que a criança dê problemas. É assim que a gente identifica. Aí que vem a prescrição do Leite A. A nutricionista ajuda com isto.”(P4)

“Eu já fui tachado em duas reuniões e tive que me levantar e me defender as duas vezes e ela (enfermeira) tá de testemunha. Médicos consagrados, tradicionais me esnobaram e eu tive que levantar e falar –Baixa a voz que não é assim não! ...O que era pra ser uma reunião pra definir diretrizes, quem mandava pra quem, como e quando acabava sendo uma falta de respeito.”(P4)

“Não é você tirar sua responsabilidade e mandar pra lá pra não ficar responsável. Ele tem que ir lá ter uma resposta e voltar:” -Doutor foi bom faça isso aqui!” - Doutor você errou!” Mas nem isso dá!” (P4)

Os profissionais destacam que o uso de medicações galactogogas pode ser utilizada em casos de hipogalactia:

“[...] em caso de necessidade se diminuir o leite me passe um medicamento pra aumentar o leite o sulpirida que eles dão não só o plasil.”(P2)

“Por isso nem que seja mensal, quinzenal, semanal. Tem que ver pra retificar o erro. [...] tem recurso né, o plasil, a sulpiramida, compressa quente. (P4)

As ações de gestão relacionadas ao estímulo do aleitamento são enaltecidas através do Programa Alô Bebê, desenvolvido pela secretaria de Assistência Social e por um concurso de fotos com as mães amamentando que não é mais realizado. Por outro lado os profissionais apontam para a necessidade de uma proposta de gestão que estimule a amamentação, direcionada a todas as unidades, com recursos, capacitações intersetoriais e empoderamento da comunidade em relação à política de incentivo da amamentação através da educação em saúde.

“Nós aqui nas consultas de enfermagem, pois não temos grupos, todas vão pro Alô bebê! Infelizmente não temos pernas por enquanto a gente quer mudar esta concepção hoje mas a orientação é a educação em saúde na hora da consulta, no pré-natal.”(P5)

“...Até no ano passado tinha algumas ações do NASF mas como agora estamos sem espaço é o que a gente vai abordando na consulta de pré natal e puericultura.” (P4)

“ As minhas que não trabalham vão (Alô Bebê). A gente procura orientar também sobre os benefícios da amamentação. Na verdade tem bastante e a gente procura orientar nas visitas. Marca consulta puerperal também. É tudo através da orientação nas visitas das que a gente consegue encontra.” (ACS 2)

“Olha eu sei antes desta na gestão anterior eu lembro que tinha aquele faziam as fotos das puérperas amamentando que a gente sabe que era uma coisa que incentivava, tinha concurso da mãe mais votada. Aquilo terminou eu acho. Não tem alguma coisa que parta da secretaria que eu tenha conhecimento que trabalhe amamentação atualmente. A gente faz coisa isolada. Essa orientação que eu faço aqui mensal é daqui. As meninas lá do Cantelmo eu vi numa carteirinha que veio com as palestras programadas pra esse ano. Mas não é uma coisa que a secretaria cobra de ninguém, fala que tem que fazer, não!”(A)

“Acho que cada unidade trabalha meio separado. Tem uns que fazem palestra outros não fazem. Uns trabalham mais com gestantes outras não. Vários PSFs que eu já trabalhei era assim! Infelizmente daí como município não tem não.”(B)

“O bom seria se tivesse mesmo orientação. Uma proposta da secretaria de saúde que todas as unidades fizessem. Que daí as gestantes de lá fariam lá. A gente faria das nossas aqui... . Que muitas a gente orienta aqui aí elas param de vir aqui fazer avaliação e vão lá. A gente convida todas pra virem né mas fica uma coisa muito solta. Uma coisa isolada. O ideal seria que todos fizessem de preferência na mesma linguagem. Na verdade isto tem que partir da secretaria da saúde né. Que a gente faz o trabalho aqui mas assim é

meio isolado um pingo no meio de tudo. Seria bom que tivesse uma coisa meio orientada né.”(P1)

“Eu lembro que quando eu tava no PSF daí a gente fazia as palestras lá todo Mês, na quinta-feira. E tinha aquelas fotos que elas tiravam e elas sabiam que se levassem mamadeira e bico elas eram desclassificadas. Eu achava bem interessante isso. Meio forçadinho mas elas: “-Não eu vou ter paciência! Foi a época que a gente mais via amamentação. Porque daí elas viam. Elas ganhavam as fotos daí votavam pela internet, a população. Qual mãe ganhava que tava mais bonita amamentando, alguma coisa assim. Tinha um banner. Isso elas ganhavam você lembra né! Acho que funcionou. Foi feito anos né! Cinco seis anos. Depois acabou. Eu tava lembrando disso estes dias, acabava incentivando bastante.”(P8)

“Não é porque mudou gestão, mudou equipe que precisa mudar o que tá indo bem. [...]. (P1)

“...A gente não tem material, tipo um seio artificial, não tem um filme, não tem recurso a nossa TV foi roubada! Aí assim não tem como usa o audiovisual pra fazer isto.”(P4)

“Falta recurso, falta dinheiro faltam ações para a promoção e prevenção. Capacitação de equipe, trabalho grupos na comunidade, de mães de amamentação. Tem grupos de mães das lareiras, de hipertensos, grupos de tudo de associação. Tem muito projeto. Trinta por cento da população vive de projeto social, cadê a assistência social e trabalho com estes projetos sociais. É só dá o projeto? Poderia se incrementar mais qualidade de vida e cobra esta questão pra estudar entende e assim, vídeos. Empoderar o pessoal, o controle social do SUS não é só você na relação. Agora eu acho importante esta educação em saúde permanente, se não nós não vamos melhorar isto. E assim algumas mães vão amamentar por quê? Elas vão ver que o filho vai melhorar. Se ela não dá o peito o filho vai pra UTI, o filho vai não sei pra onde pra tomar remedinho.”(P4)

“Acho que assim tem orientação da secretaria que tem que fazer isso, agora falta recurso pra fazer isto pra gente melhorar e potencializar isto pra gente ter metas melhores, níveis melhores de adesão ao aleitamento materno... Nós temos um programa que chama Alô Bebê então nossas mães vão nesta atividade e voltam. Garantem o quê? Transporte, tem estímulo que um sorteio de um enxoval e estímulo a participação. Então elas vão, gostam que tira dúvida. Eu pergunto:”-Tá indo?” “-Tô!” Que antigamente era o problema do transporte aí foi solucionado. Pronto! Então a adesão tá grande!”(P4)

“ Nós fizemos um negócio parecido elas iam só pra pegar o presente”(P2)

"A APMI faz um negócio parecido. Elas tem que participar de 16 encontros são toda sexta feira pra ter direito ao kit no final. Eles vincularam o número de presença ao kit que elas tem direito. Mas bem poucas apareceram." (P1)

A interdisciplinaridade deve permear a questão da amamentação sendo que no campo prático é necessário que os profissionais possam assumir uma postura de atendimento integral da amamentação e não fragmentada, onde a enfermeira cuida da pega correta, o dentista da higiene oral, o fonoaudiólogo da sucção. Todos precisam conhecer a amamentação a partir do ponto de vista da necessidade da mãe, da criança onde as incertezas e dúvidas ecoam simultaneamente em um curto espaço de tempo abrindo chance a mitos, tabus, desconhecimento ocasionando o desmame precoce.

Neste sentido as falas apontam para a importância do trabalho em equipe, onde a mulher receba a assistência de todos (mesmo que condicione a assistência do obstetra) que encontram-se no mesmo nível hierárquico e falem a mesma linguagem:

" A gente encaminha na primeira consulta. Se não fizer a consulta não vai consultar com o obstetra. Condicionar. Passou na palestrinha da amamentação, fez orientação do bico do seio, vai consultar. Não tô dizendo que o obstetra seja a chave mas ele pode ser um condicionador cooperador. Hierarquicamente nós estamos numa linha horizontal de trabalho de conjunção de ajuda não existe ninguém diferente. Ou seja se a gente fizer uma corrente e atrelar a condição de consulta isso pode ser feito um protocolo já. Coloca um guideline da unidade. Na carteirinha coloca se passou pelo dentista, fez preventivo." (P1)

"A gente só precisa trabalhar melhor com elas que a gente não fez este trabalho assim, a equipe toda. A gente sabe a gente tem esta consciência que a equipe toda tem que ter a mesma linguagem, o mesmo objetivo. Não adianta a gente orientar na palestra isto que a gente tava falando se uma das meninas por exemplo for contra a amamentação. Ai já põem por terra, né."(P1)

"...mas aí é a equipe multidisciplinar com eu tenho falado"(P2)

"...Na maternidade ela já sabe que tem que vir pro posto fazê o teste do pezinho. Nesta chegada a gente já capta ela pra tudo. Já faz o teste do pezinho, já pesa, abre o prontuário. Vê a ferida da cesárea, a episio, faz este acolhimento. Ela vem já faz tudo. A Ana já cuida bastante, marca as datas abre a cadernetinha dela. A puericultura nós estamos consolidando cada vez mais. Antes era só o médico agora com a enfermagem também. Eu fico com as consultas de

crianças doentinhas agora. Acontece também das agentes de saúde que ficam sabendo pela comunidade e avisa a gente:’ -Ó a menina já chegou do parto!’ A gente tem uma tabelinha com a data provável do parto. Quando tá próximo a gente fala:’-Ó vai lá na comunidade e vê se já teve bebê!’ Aí gente entra em contato.”(P4)

“Da secretaria assim, ela orienta a gente a fazer o que rege o ministério da saúde e atenção básica. Então a gente segue os princípios e os princípios falam da promoção e prevenção. Aqui no posto o que a gente faz: na hora que as mães estão aqui a gente orienta...A gente tá falando, faz a sala de espera enquanto elas esperam ali a gente vai lá e fala: -Ó mãe!, tem isso, sabe disso...Acho que devagarzinho nossas ACS cobram. São ações que fazem promoção e prevenção. No consultório eu falo! Eu demoro na consulta mas eu falo bastante, a enfermeira fala o odontólogo também ajuda nesta questão. Então no dia a dia já vem isto, quando você atender você já passa a informação que vai ensinando, na dificuldade.”(P4)

“Não é o foco mas eu tenho que elogiar a equipe...Eles fazem um trabalho muito bonito de pré-natal, eles trabalham juntos. Eles tem todos os dados de todas as pacientes. Com que é a rotina deles? Quem faltou já conversa com a agente comunitária pra ver o que aconteceu, já liga...Hoje ela já veio fazer o teste do pezinho, fazê a BCG, então a comunicação aqui como as meninas mesmo dizem é muito rápida! Chegou médico novo é muito rápido. Tem que tirar o chapéu pro pré- natal que eles fazem aqui. Com isso diminuiu o quê? A mortalidade materno infantil... E as técnicas também fazem isto né! Quando vem pra elas as vezes a gente não consegue ver elas também orientam.”(P5)

“Mas assim é multiprofissional sabe porque a paciente vem e começa a fazer o pré-natal com o enfermeiro, passa na odontologia depois de um mês faz toda a bateria de exames. Depois de um mês vem com o médico e enfermeiro de novo.”(P5)

Embora deixem claro que a responsabilidade das ações sobre o AM seja de todos os profissionais deixam a entender que a maioria das ações é executada pelos enfermeiros e estes se sentem responsáveis pelas ações de AM:

“As principais são as enfermeiras (risos). No meu entendimento são as principais. As enfermeiras e técnicos. Os médicos podem pecar com isto.”(P2)

“Na verdade acho que nesta parte eu acho que eu falho no ponto de que eu não fiz esse trabalho com elas, nós não fazemos né fulana! Assim de chamar. Olha falta muita coisa! A gente pensa em fazer muita coisa mas não consegue! Não tem pernas e nem braços...!”(P1)

“As meninas se a gente conseguir conversar com elas essa orientação né que elas façam isto com a gente elas vão ser alinhadas porque na triagem o primeiro contato com as meninas do balcão depois a triagem, depois vai pra outro obstetra elas passam por quatro né!”(P1)

Acreditam ainda que ações que deram certo em outros serviços devam ser aplicadas pela equipe:

“Eu não acho feio aquilo que é bom nós temos que copiar. Se lá dá certo nós podemos fazer a custo zero, custo baixo pra que fazer vamos pegar deles pronto. É só pedir.” (P2)

Nas ações como equipe acreditam que fazer reuniões ajuda no planejamento das ações. Destacam que estas devem ser formalizadas, com caráter educativo além do informativo e de resolução dos problemas da área:

“Você sabe qual que é o nosso problema aqui? A gente não faz reunião com ata. Tudo o que é guideline é escrito. Fez protocolo termina vai lá e escreve. Nós temos muito blá, blá, blá. Eu tenho isto como latino. Nós temos dificuldade de colocar isto no papel. Qualquer normativa de aleitamento materno feito pela enfermeira fulana. Isto não tem se vocês colocarem normativa é tua. Vocês fizeram. Isto entra e coloca no google fácil. Agora escrito tem que ter assinatura de todo mundo né dos participantes. Isto não é política gente! Isto é política de prevenção pública.” (P2)

“Uma coisa que a gente precisa instituir e que a gente não consegue é a reunião. Uma reunião que a gente tentou fazer uma vez a gente pediu pra fechar uma hora e não permitiram a nossa chefia né mas que a gente precisaria se reunir mais vezes pra discutir estas coisas na equipe até pra que a gente consiga que a equipe fale a mesma língua e a gente não consegue fazer isto. A gente é aquela coisa de ir fazendo tudo que aparece de demanda a gente vai abraçando e vai fazendo. A gente não tem um tempo que a gente feche a unidade pra gente discutir as questões do mês por exemplo e planejar o mês que vem porque o que falaram pra nós: Vocês não são PSF! Aí a gente não é e não teria direito a esta reunião.”(P1)

“Toda semana a gente tem reunião da equipe. E assim deixou de ser educativo pra informativo pra resolver um problema de área. Aí é muito pouco tempo também. Então assim o que a gente tá tentando organizar o posto [...] o pré natal era uma pessoa de fora que vinha fazer e agora a gente que absorve e faz todo o processo então agora outro passo da gente fazer esta com os agentes de saúde. Então a gente tá com esta ideia de no momento a gente sentar com as enfermeiras pra articular este processo e eu trabalhar com as agentes de saúde. Fazer discussão de caso. Pegar um caso e

discutir o que elas pensam e a gente vai vendo e num outro momento tirar aquela dúvida que ficou na reunião passada.

“Sabe o que dificulta Beltrão e igual Pato branco é o modelo hospitalocêntrico centrado só na questão secundária e terciária. Alguns municípios deram certo outros não. Porque é um grupo que domina um hospital é um serviço. Se você trabalhar atenção básica você vai quebrando isso. Então a gente precisa de recurso pra prevenção e promoção. Os médicos não vão atender na prefeitura, são poucos e os que vão sem interesse e ta. Talvez o mais médicos vem pra isso pra tentar abrir este horizonte que tá fechado ainda dos médicos né que é uma classe mais fechada. Os enfermeiros não eles estão preparados pra trabalhar atenção básica. O médico infelizmente está preparado para outras situações.”(P4)

Acreditam ainda que a criação do banco de leite possa contribuir pelo fato de poder ofertar este leite à filhas de mães impossibilitadas de amamentar e/ou internados na UTIN e ainda ser um ponto de orientação e apoio do AM:

“...e nós não temos o banco de leite porque tem um custo operacional e a política.”(P2)

“ No Hospital B começou uma vez, agora estranho o Hospital A não ter ainda.”(P1)

“Tinha no ...aí eu fiquei bem animada!”(P8)

“Aqui não tem banco de leite e é uma crítica que eu tenho: “-Não tem banco de leite em Francisco Beltrão!” [...] muitas mães tem leite pra dá, doá o que sobra e tem mães precisando de leite e não conseguem, principalmente aquelas que tem contraindicação de amamentação. Ou aquelas que a criança perde a mãe na hora do parto e outra situações como bebê na UTI que precisa de leite e não tem um banco de leite! É uma crítica que eu tenho. Acho que podia fazer essa luta pra ter o banco de leite. É barato gente! [...] Então se a gente implementasse isso este banco de leite não vai só resolve o problema do leite. Toda esse problema de amamentação porque vai ter uma equipe ajudando.” (P4)

5.2.3.2 Percepções negativas dos profissionais

Nas falas observamos que os profissionais enfrentam no dia a dia de trabalho a necessidade de orientação em relação ao mito do leite fraco e orientam medidas adequadas como a sucção como estimulação de produção, ingerir líquidos, ficar calma além da composição diferenciada do leite materno durante a mamada.

“A gente diz que não! Eu pelo menos digo que não existe leite fraco. Oriente que não existe! Que tem que amamenta, amamentá pra aumenta mais o leite...”(P7)

“Não existe! Toma bastante líquido! Fica calma, não se estressa demais sempre quando vem ali com os nenezinhos a gente já pergunta:” -Tá amamentando?”(P11)

“A ansiedade da mãe pode passar pro bebê né! Mãe ansiosa acho que atrapalha.”(P1)

“Tecnicamente é que não existem estudos dizendo que isto não é verdadeiro. Tem que deixa claro que isto é lenda, credice que não é técnica essa fala.”(do leite fraco) (P2)

“Aí a gente tem que explica né aquela coisa da diferença, senão ela dá o leite A e a densidade dele é mais pesado ela vai demorar a digerir. A mãe vai pensa que o leite dela é fraco né. Então a gente tem que orientá dessa forma pra que ela entenda. Claro que a criança vai mama mais vezes.”(P1)

“Aí que vem a orientação né! Tanto no pré-natal quando na abordagem puerperal sempre procurando identificar esta questão do leite fraco: Há meu leite é fraco, a nenê só chora a noite de fome, há eu quero pegá leite na assistência social. O que tá acontecendo que não tá dando certo né! Vamo revê os passos, vamo insisti, é um exercício de paciência também, né! A gente só vai saber das dificuldades na hora que for amamentar, ninguém nasceu sabendo, a mulher pode ter dez filhos que um vai ser diferente do outro pode te certeza. Questão de fissura e tudo mais, a gente sempre tá procurando orientando bem as mães quanto a isso. Principalmente a questão do leite fraco que tem muitas que acreditam nisso, que não tem este conhecimento que o leite é diferente no início, da pega e tudo isso aí!” (P6)

Em relação ao atendimento inicial da mãe amamentando Almeida (1999) aponta para a seguinte situação:

“O intumescimento mamário, obedecendo a toda a sintomatologia da apoiadura clássica, associado à ausência inicial de leite, invariavelmente se resume a uma equação matemática para a mulher, cujo resultado se faz há muito conhecido: pouco leite. Tentando reverter esta percepção materna, muitas vezes o profissional é levado a ações que terminam por reforçá-la ainda mais. É o caso do que ocorre quando, através da expressão da mama, tenta-se extrair o leite que se encontra 'escondido' e provar assim a sua existência para a mãe, experiência que muitas vezes se torna um retumbante fracasso, passando a funcionar como uma espécie de reforço negativo da capacidade materna. O que então era um motivo de dúvida para a mulher - a sua capacidade de amamentar - transforma-se em uma constatação em virtude da ação equivocada do profissional, pois se a apoiadura ocorreu e o 'leite não desceu', isto significa que ele de fato não existe.” (ALMEIDA , 1999 p.68).

“Outra coisa que eu acho que dificulta assim é quando sai ferida, machuca assim que daí dói sugá. Daí também muitas desistem por causa disso!”(ACS5)

“A gente orienta que continuem amamentando. Que o estímulo da criança também ajuda a sará né. No meu caso mesmo saiu no início mas eu usei o bico de silicone. Já é um recurso que a dor diminui. Tem a pomadinhas também que são boas pra isso!” (ACS 2)

“Na verdade na minha é bem pouco que acontece isso mas algumas vezes que teve a gente orientou que continuasse a amamentar e se caso não conseguisse mesmo daí procurar um enfermeiro... a gente já cuida elas de gestante né! Aí a gente já fala da importância de tomá sol. Às vezes tem umas que falam:”-Há mas eu não vou!“ Aí abre a janela, corta um sutiã lá e expõem o bico no sol, ajuda bastante. Eu não tive. Tive quatro filhos e não tive. Porque todas as gravidez eu peguei sol. Então ajuda. As minhas é bem poucas que tem.” (ACS 4)

“Estes dias veio uma mãe com o bico rachado e o bebê com fome. O quê significa isso? Significa que o bebê tem uma má pega o lábio não inverteu, então tava puxando só o bico, rachava o peito da mãe e pegava ar perdendo peso, com fome, tava machucando e não tava pegando o leite. Aí o que faz o pediatra ou alguma pessoa que não entente? Vai dá leite A vai dá isso que o leite é fraco. Na verdade a mãe não tava nem saindo o leite. Tava empedrando até o peito. Quer dizer então, a má pega...(P4)

Nas falas observamos algumas condutas não preconizadas como o bico de silicone o que demonstra a necessidade de formação e tomadas de condutas únicas, baseadas em evidências científicas e protocolos. Entre as medidas que previnem as fissuras estão:

- “Amamentação com técnica adequada (posicionamento e pega adequados);
- Cuidados para que os mamilos se mantenham secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar e trocas frequentes dos forros utilizados quando há vazamento de leite;
 - Não uso de produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool ou qualquer produto secante;
 - Amamentação em livre demanda – a criança que é colocada no peito assim que dá os primeiros sinais de que quer mamar vai ao peito com menos fome, com menos chance de sugar com força excessiva;
 - Evitar ingurgitamento mamário;
 - Ordenha manual da aréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada, o que aumenta a sua flexibilidade, permitindo uma pega adequada;
 - Introdução do dedo indicador ou mínimo pela comissura labial (canto) da boca do bebê, se for preciso interromper a mamada, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio;
 - Não uso de protetores (intermediários) de mamilo, pois eles, além de não serem eficazes, podem ser a causa do trauma mamilar.” (BRASIL, 2015 p.57-59).

Já com o início das fissuras destacam-se as seguintes condutas:

- Início da mamada pela mama menos afetada;
- Ordenha de um pouco de leite antes da mamada, o suficiente para desencadear o reflexo de ejeção de leite, evitando dessa maneira que a criança tenha que sugar muito forte no início da mamada para desencadear o reflexo;
- Uso de diferentes posições para amamentar, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou áreas machucadas;
- Uso de “conchas protetoras” (alternativamente pode-se utilizar um coador de plástico pequeno, sem o cabo) entre as mamadas, eliminando o contato da área machucada com a roupa. Esses dispositivos devem possuir buracos de ventilação, pois inadequada circulação de ar para o mamilo e aréola pode reter umidade e calor, tornando o tecido mais vulnerável a macerações e infecções;
- Analgésicos sistêmicos por via oral se houver dor importante. Ressalta-se que limitar a duração das mamadas não tem efeito na prevenção ou tratamento do trauma mamilar. (BRASIL, 2015 p.57-59).

Dos agentes tópicos, existe base científica no uso de compressas tópicas mornas para alívio da dor. O uso de Lanolina purificada tópica se não houver infecção e ácidos graxos essenciais tópicos para melhora da barreira na pele danificada apesar de amplamente utilizados não possuem muitos estudos científicos atestando sua eficácia. Tratamento seco de lesões mamilares(banho de sol, banho de luz, secador de cabelo) não é recomendado pelo fato da cicatrização das camadas internas da pele em meio úmido ser mais eficiente. Se a lesão do mamilo for muito extensa deve ser suspensa a amamentação temporariamente esgotando-se a mama por ordenha (BRASIL, 2015).

Como observamos são muitas medidas que podem ser orientadas a mulher nesta situação. Cabe a gestão a formação das equipes neste sentido para que todas tenham a mesma linguagem e possa evitar o desmame das crianças por este motivo.

Os profissionais apontam também a questão do constrangimento em relação á amamentação em pública como um problema que interfere na amamentação:

“[...] aí eu falei: “-Ué! Você parou de dar peito e tá dando a madeira?”“- É que eu tenho vergonha de dar mama aqui no público.” Foi a primeira que eu ouvi assim né! Aí eu falei:- Mas por quê? Vamos então na salinha separada, reservada deixo você ali se tem vergonha. Não deixa de amamentar!”(P1)

O stress, a falta de paciência, não se alimentar bem e o não querer também são apontados como empecilhos ao AM. A ideia de que amamentar interfere na

estética, segundo a percepção de algumas mulheres e a facilidade de introduzir outro leite para que a mulher solteira possa sair também é apontada:

“Tem aquelas que não querem amamenta pra não deixa o seio cai, há eu não pude amamenta... Daí tem algumas que se estressam já não querem dá mama porque não tem paciência.”(P7)

“Às vezes se alimenta mal também.”(P7)

“Também assim principalmente nas mães mais novas elas acham que o peito vai caí, vai ficar feio.”(ACS 2)

“Ainda existe este estigma!”(P5)

“Muito! Ou assim a mulheres/meninas solteiras também querem saí à noite, querem deixa o bebê com alguém aí já se dá o peito vão ter que levar junto.”(ACS 4)

“E se não tá mamando só deixa a mamadeira em casa, a latinha de leite e a pessoa cuida.”(ACS 2)

Embora a recomendação de protocolos de AM do MS proscavam o uso de bicos, chupetas, mamadeiras observamos que até entre os profissionais da saúde existam polêmicas sobre o assunto:

“A gente percebe quando ela tá com bico, quando ela tá com o bico de silicone. Pelas orientações do Ministério quem é a favor da amamentação não é favorável ao uso dos bico e qualquer outro né. Mas alguma eu já vi que até é o fisioterapeuta do hospital tinha orientado e pra algumas eu acho eu vejo assim que ajuda. Quando elas não tem mesmo o bico, o bico é plano o biquinho acaba auxiliando. Tem uma que conseguiu usar no início depois deixou. Mas o problema é aquelas que de repente não conseguem deixar né. Teve uma ontem que falou que a bebê só mama com o biquinho de silicone. Mas aí a gente pensa: tá mamando com o bico não é melhor do que ela deixar de mama . As teorias às vezes não sei né...!”(P1)

“Porquê? Pra não chorá, pra dormir porque o pai tem que trabalha de madrugada e cansado. Eu sou médico e eu não gostei de chupeta. Em casa tentei tirar mesmo. Usou um tempo porque era duas seguidas. Dava chupeta pra uma não acordá a outra. Dormia meia hora e acordava a outra chorando. Não tinha que fizesse dormir. Tive este problema. A gente usou a chupeta pra essa situação, depois eu tirei. Tá lá guardadinha.”(P4)

“Eu não sou contra! Por incrível que pareça eu não sou contra! Eu dei pro meu. Acho que é um cala a boca bem bom! É uma rolha

quando tá gatinhando então ajuda desde que seja tirado no momento certo. Até dois anos pode até ter influenciado um pouquinho mas o crescimento ósseo volta ao normal. Até os três já complica um pouco, já não volta tanto a mordida aberta e depois é difícil porque a criança já sabe como mandar nos pais. Aí depois dos três anos se foi, aí a mãe diz: "-Ai eu não consigo tirar!" Mas quem que manda lá na tua casa? A criança!" (risos). Ai eu não consigo! Mas credo! Não existe! Aí eu disse: "-Então tira o esmalte da menina, tira o batom. Alguma coisa! Tem que te uma troca." (P10)

Em relação à mamadeira observamos também na fala dos profissionais a "rotina" no uso da receita do complemento alimentar na hora da alta do hospital mesmo antes dos problemas em relação à amamentação aparecerem e sem terem sido orientadas a procurar equipes de saúde de referência para auxílio:

"A gente percebe aqui que muitas já saem do hospital, determinado hospital ...que já saem com a receitinha do complemento e a gente percebe que não são bem orientadas. A gente pergunta assim: - Mas orientaram pra dar quando? Só se for necessário? Não! Entrega aquela receita do complemento e elas já compram o leite A no dia. Então muitas já vem complementando porque o nenê chorou, achou que precisava..."(P1)

"Acho que o pediatra a hora que entrega a carteirinha tem que orientar qual é a importância do aleitamento materno. Eles vão lá e entregam a carteirinha senta lá na salinha deles porenchem e só levam pra mãe entregam a receita e não orientam nada. Essa é a grande verdade."(P7)

"É o que as mães falam. Eu pergunto que foi o pediatra que atendeu fez exames, não falou nada! Há só foi lá no quarto entregou a receita."(P1)

"Todas falam a mesma coisa!"(P8)

"Às vezes elas vem aqui. A S. mesmo essa semana ela veio aqui e tava com dúvida no umbigo do bebê. Que dizê! Nada de mínimo de mínimo de mínimo! Só dizê: O umbiguinho dele é bem grosso vai acontecer isso, vai demora mais a caí. Eu falo porque eu fiquei no hospital lá e a gente via isso. Pegava lá a prancheta, a carteirinha bonitinha e entregava para mãe. Se o bebê ia tomar um remedinho, nada, nada...Não adianta a gente fica falando um monte de coisa se realmente a mãe sai lá que nem essa menina nova, com certeza saiu sem orientação nenhuma do pediatra, nem de ninguém."(P1)

"Foi falado da mamadeira mas o hospital não tem a norma do copinho? Não é isso?"(P9)

“...elas tem medo de dar no copinho. Acha que vai engasgar. Se ela não for ensinada vai ser difícil.”(P1)

“A mãe ou a vovó diz que é pra fazê um chá ou tem que dá água e o nan. A gente tenta fala né mas...”(P8)

“O chá a mamadeira é de influencia das mães!”(P9)

“Tem que fazer um treinamento dos colaterais também!”(P2)

“Então tem que ter um olhar melhor integral, imagina...e a mamadeira e a chupeta faz o trabalho inverso. Porque a mamadeira você tem que freia a vinda do leite e a amamentação tem que abrir a boca e puxa. Então a chupeta também atrapalha isso.”(P4)

“E a maioria das crianças chupa!” (ACS5)

“Eu tenho uma menina na minha área que tem nove anos e chupa chupeta! Vai pra escola e...”(ACS 5)

“O maior problema que a gente vê da chupeta é que tem que ensiná a dosa e outra questão é a da higiene , cai no chão, mofa. Eu vi uma chupeta que era totalmente de silicone, um objeto único, fácil de limpa, não tem este negócio de frestinha que você olha e nossa!. Então assim a mãe não vê o pai não vê passa no chão, fica pendurada. Esta questão de higiene que tem que cuidá, coloca numa soluçõzinha. Até a mamadeira tem que fazê a higiene! ...E aí vem as diarreias, as IVAS, cáries.”(P4)

“Trocam os vírus, trocam tudo!” (risos) (P4)

“E a bactéria da cárie já vai junto!” (P10)

Ao utilizarem mamadeiras, a necessidade de sucção diminui, pois o tempo de saciedade é maior assim como também com a chupeta onde a criança satisfaz a necessidade de sucção solicitando menos o mamar na mãe. Consequentemente a isto o estímulo é menor diminuindo a produção de leite (BRASIL, 2015).

Ao retirar o leite da mama a criança desenvolve adequadamente a cavidade oral pelo exercício realizado, seu palato duro adquire uma melhor conformação o que é importante para o alinhamento dos dentes e uma boa oclusão dentária. Já quando o palato é empurrado para cima por mamadeiras ou chupetas o assoalho da cavidade nasal se eleva diminuindo o tamanho para a passagem do ar prejudicando a respiração nasal. Desta forma o desmame precoce pode levar a ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado podendo prejudicar as funções de

mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala, má oclusão dentária, respiração bucal e alteração motora-oral (BRASIL, 2015).

Suscita também entre as falas a controvérsia entre a indicação de AME até os seis meses onde a licença geralmente não é deste tempo e onde existe a dificuldade de sair do trabalho para amamentar, ou de amamentar a criança no trabalho que muitas vezes é insalubre:

“[...]Que a exclusividade dos seis meses é utópico. [...]Então a política pública federal não existe uma parcimônia para esses seis meses de exclusividade. Ele dificultaria o deslocamento ou o trazê aquela uma hora que a criança pode fica lá ou 30 minutos para amamentação no local de trabalho que traz uma série de restrições pra quem é trabalhador da empresa A, que trabalha com uma coisa pesada que trabalha com cola com uma coisa assim..”(P2)

“A não ser que a empresa libere. O problema outro também é as empresas precisava sentar várias instituições fazer um trabalho multiprofissional, interdisciplinar: Como as empresas resolverem este problema da amamentação porque muitas trabalham, são operárias, são trabalhadoras e fica difícil né! Como é que você vai parar uma reciclagem pra mãe amamentar e voltar? Sabê que a mão tá toda cheia de bactéria. Então são coisas que tem que se pensar, né! No frigorífico, na lavanderia, no lavacar. Como é que você vai levar a criança e não volta pro almoço porque é longe, não tem transporte, vem de bicicleta. O problema do frio. Como é que vai levar a criança de manhã cedo, a geada.”(P4)

Concordamos com a fala do profissional de que muitas das ações são utópicas e que precisamos evoluir e lutar politicamente no sentido de estender a licença de seis meses a todas as mulheres que amamentem para uma sociedade melhor, porém por outro lado acredita-se que:

“ [...] a legislação do Brasil de proteção ao aleitamento materno é uma das mais avançadas do mundo. É muito importante que o profissional de saúde conheça as leis e outros instrumentos de proteção do aleitamento materno para que possa informar às mulheres que estão amamentando e suas famílias os seus direitos. Além de conhecer e divulgar os instrumentos de proteção da amamentação, é importante que o profissional de saúde respeite a legislação e monitore o seu cumprimento, denunciando as irregularidades.” (BRASIL, 2015)

Embora seja trabalhoso para a mãe, até não termos o ideal, os profissionais devem orientar as mulheres sobre como manter o AME até os seis meses quando possuem licença maternidade de apenas 4 meses através da técnica de ordenha, estoque do leite e oferta por copinho à criança.

Embora as equipes tenham apontado a família como facilitadora do AM e muitas falas é apontada como dificultadora em que a cultura da família traz ações que prejudicam o AM:

“O que sofre maior influencia das pessoas colaterais da mãe, tia, avó, profissionais não habilitados pra falar sobre aquilo e apesar dela receber todas as informações durante pré e pós o nascimento ainda existe aquela que dá algum pitaco pra dar alguma coisa a mais de complemento além daquilo que deveria ser preconizado como exclusividade.”(P2)

“Tem gente que a mãe chega do hospital. Enche de gente ao redor dando opinião daí a coitada da mãe fica... Mas então ao invés de ajudar, facilitar não facilita..”(P7)

“Se elas tão sozinhas é mais fácil. Elas vão atrás da cor! A cor do leite elas pensam que tem que ser que nem o de vaca. Eu falei: “- Vocês não são vaca! Quando a mulher começa a amamentar geralmente é mais clarinho. Depois no final muda.”(P8)

“Ontem uma me perguntou a questão da água: “-Ah! Me falaram que era bom dá água pro nenê tão me falando eu queria sabe!” Aí eu orientei que a gente sabe que não precisa que o leite materno tem tudo o nenê dela tá graúdo enorme. Vc tá dando só o peito até agora? –Sim! Então mais do que prova que não precisa né! Então elas tem ainda quem tá em volta, os da família criaram assim, acham que tem que ser assim.”(P1)

Por outro lado já conseguem ver na puericultura uma forma de apoio profissional à mãe:

“Por isso da importância da puericultura. Se a mãe vem fazer puericultura ela recebe esta orientação. Às vezes não vai pega 100%, que tem a questão da cultura, da vó, do tio da comadre, do compadre. Mas a puericultura a gente acaba orientando isso né. Que a gente mostra por a mais b que o aleitamento exclusivo até o sexto mês já é o suficiente. A gente explica né que o leite tem três fases. Por que a primeira coisa que a mãe vê que o leite tá aguado. Por quê tá aguado? Por que o leite é a primeira fase da água que a criança precisa, depois os nutrientes proteínas, e a gordura onde que vai engordá a criança. A puericultura é uma forma da gente tá tentando convencê de certa forma a paciente. Não é fácil. É complicado pela questão cultural.”(P5)

Na fala a seguir o profissional aponta a necessidade de chamar a família junto para a responsabilização sobre o AM:

“Em Cuba tinha um negócio muito bonito, assim: a criança lacta a mãe amamenta e o pai e a família apoiam. Acho que tem que trabalhar isso. Chamar a família pra responsabilidade, talvez a mulher não tá nem comendo. A mulher não se alimenta e não produz leite, você que tem que tomar leite, não é a criança, come aveia milho.”(P4)

Na equipe dois também apontam soluções para os problemas da amamentação como o uso de medicamentos galactogogos na hipogalactia, o bom posicionamento, o ambiente tranquilo no momento da amamentação e a ajuda de algum familiar nos cuidados com a criança. Contrapondo esta medida os profissionais refletem sobre a realidade das mulheres atendidas com sua jornada de trabalho tumultuada que nem sempre permite fazer o preconizado.

“Então assim acho que o que o que prejudica é que quando a criança sai do hospital, que tem mães que antes do bebê nascer já sai o leite, tem aquelas que não tem o bico do peito, dificulta a criança a pegar e às vezes tem criança preguiçosinha que você vai ter que treinando, treinando, treinando até que pega gente. Tem recursos hoje em dia! Em terceiro leva até um dois dias sem leite. Aí tem alguns medicamentos que a gente passa e aí estimula. E o prazer: a mãe fica torta com o braço duro, a criança puxa o peito duro, parecendo uma carne de músculo dura né, não vai conseguir tirar o leite. Aí faz a técnica dos dois travesseiros. Bota o travesseiro nas costas, senta a vontade. Pode ficar até duas horas naquela posição. Um outro travesseiro em cima da barriga, com a mão em cima do travesseiro e a criancinha em cima do braço, o peito fica mole, não fica contraindo o peitoral e a mãe fica prazerosa, bota musiquinha, num cantinho mais reservado. Pronto! Vai saí o leite! Até uma mulher que não teve bebe sai leite! A questão às vezes psicológica e de prazer!”(P4)

“E um monte de criança na volta e um monte de, o marido enchendo o saco, uma sujerama e ela tem que lavá a roupa, né! Tem tudo isso que influencia. Botá um musiquinha e sentá lá no canto é bonito, né mas não é a realidade!”(P10)

“E outra! Amamentou? Entrega a criança pra alguém e vai dormi! Pra você recuperá!”(P4) (risos)

“Pra quem? A gente não vê a hora de por ela na cama pra fazê o serviço!” (risos) (ACS 3)

“É uma recomendação! A não ser que a gente crie o amamentódromo!”(P4)

5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE INTERDISCIPLINARIDADE E O AM

A partir do século XIX sendo a ciência a expressão máxima da racionalidade humana passa a existir a crescente disciplinarização do conhecimento. A partir do século XX a interdisciplinaridade enquanto uma proposição do conceber e fazer ciência ressurgiu já no fim da década de 50 com o debate de uma proposta epistemológica de caráter interdisciplinar. Na década de 80 pela influência dos movimentos sociais consagra-se o conceito ampliado de saúde exigindo novas abordagens para a produção do conhecimento e para a intervenção prática, reconhecendo-se a esterilidade da abordagem unidisciplinar. A integralidade do ser humano, além dos aspectos anatômicos e fisiológicos -valores, atitudes e crenças que se encontram no universo das representações dos atores sociais que vivenciam esse processo precisam ser considerados para uma abordagem de saúde que sejam eficaz, competente e que tenha uma face humana(GOMES; DESLANDES, 1994).

Neste sentido Almeida (1999) fala da amamentação que vai além do biológico e inclui aspectos sociais e culturais.A amamentação não terá bons resultados se vista ou abordada por uma categoria profissional ou se mesmo vista e abordada por várias categorias profissionais e estas não se entrelaçarem em seu conhecimento e em suas ações.

As políticas de amamentação precisam ser trabalhadas a partir de um enfoque integral e interdisciplinar dada a complexidade de fatores envolvidos. Corroborando com este pensamento Almeida (1999) aponta a grande variedade de fatores associados na questão e a impossibilidade do reducionismo biológico:

“O peito e o bebê são dois elementos importantes em toda a rede desenhada pelo leite humano, que reúne, ainda em seu interior, a prolactina, a cultura, os estrógenos placentários, as questões econômicas relacionadas à amamentação, a célula alveolar, o estresse psíquico da mulher, os peptídeos supressores, a relação entre a vontade e a possibilidade de amamentar, os receptores de prolactina, a rotina assistencial dos serviços de saúde, os reflexos de produção e ejeção de leite, o condicionamento materno, o complexo mamilo -areolar, a instabilidade emocional da mulher, a irrigação das células com substrato trazidos pelo sangue, o marketing dos leites industrializados, a ocitocina, todos como partícipes desta mesma trama: a amamentação.” (ALMEIDA, 1999 p. 75).

Existe esta ânsia nas falas dos profissionais da saúde que sentem a necessidade de formação das equipes, que percebem as horas de reuniões como um momento talvez de programação das ações, de realização de estudos de casos em relação a amamentação. Também se reportam a importância do papel de cada um no atendimento às ações de amamentação.

Para finalizar destacamos a necessidade de pensarmos as ações em saúde pública pautadas no atendimento integral de nossa clientela em que interdisciplinaridade tem papel fundamental:

“Para que se avance na questão da interdisciplinaridade, é importante lembrarmos que essa não anula a disciplinaridade. Assim como não significa a justaposição de saberes, também não anula a especificidade de cada campo de saber. Ela, antes de tudo, implica numa consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber para que possa haver uma abertura em direção de um fazer coletivo. Um fazer interdisciplinar, por outro lado, pode envolver recortes no conjunto do conhecimento. O problema é como recortar e para que recortar. Um recorte deve ser sempre visto como tal e não pode substituir o todo. Concluímos que a interdisciplinaridade no campo da Saúde Pública alcança um status de necessidade interna diante da complexidade que o problema da Saúde impõe.” (GOMES; DESLANDES, 1994 P. 111)

6 CONCLUSÕES

Da análise quantitativa pode-se observar a prevalência de 27,1 % no AME o que considerando a classificação de prevalências do AME da OMS é considerado um nível sofrível (BRASIL, 2009).

Foram fatores associados ao AME o não uso da chupeta ($p < 0,0001$), o tipo de parto ser normal ($p = 0,025$) e a faixa etária da mãe ser superior aos 20 anos ($p = 0,009$).

Entre os motivos para o desmame precoce do AME foram associados: o trabalho ($p = 0,007$), ter pouco leite ($p = 0,002$), não ter leite ($p = 0,007$) e achar que seu leite era fraco ($p = 0,047$).

Pode-se observar que dentre as mães, 74,1% receberam orientação a respeito da amamentação, sendo que 52,4% receberam a informação no pré natal, 28,6% no pré e no pós natal, e 19,0% no pós natal. As mães relataram que 17,9% participaram de grupo de gestante e todas receberam orientação sobre amamentação.

Entre os responsáveis pelas orientações de AM as mães se reportaram principalmente aos enfermeiros (34,7%) e médicos (32,7) tornando-se necessária a estimulação das ações interdisciplinares.

Os dados qualitativos completaram e explicaram resultados. No grupo das mães com menor prevalência de AME foram identificados sentimentos positivos em relação ao AM: saudável, contato, admiração por quem amamenta, carinho, amor, afeto, importante na prematuridade, menos alergias. Como sentimento negativo foi observada a decepção por não amamentar. Em relação às dificuldades em relação ao AM foram citadas o leite fraco, ter pouco leite, o nervosismo, o cansaço e trabalho. Como facilitadoras dos AM as mães apontaram a alimentação, a disposição e o apoio da família. Na categoria ações não promotoras do AM foram referidas a prescrição de leite artificial, a ausência de visita domiciliar, a não orientação quanto ao tempo de AM, a não amamentação na primeira hora de vida. A amamentação na primeira hora de vida também aparece como promotora do AM.

No grupo focal das mães com prevalências maiores de AME, entre os sentimentos positivos apontados estão o aconchego, o querer, a praticidade, o vínculo, o amor. Entre os sentimentos negativos que dificultam o AM referiram a prematuridade, o medo, a dificuldade no desmame, a preocupação com a estética,

as fissuras, o leite fraco, o trabalho, o constrangimento, o uso de chá, a mamadeira e a chupeta. Entre fatores que facilitam o AM estão a paciência, a calma, a vontade, o amor e o apoio da família. Entre as ações dos profissionais da saúde apontaram como não promotoras a ausência dos grupos de gestantes e a não amamentação na primeira hora de vida. Como ações promotoras citaram as orientações da enfermagem e a amamentação primeira hora de vida.

No grupo focal dos profissionais de saúde surgiram como fatores facilitadores a disposição em amamentar, conhecer os benefícios, a ajuda da família, amor orientação/estimulação, despreocupação/descanso, nível de educação, existência de protocolo, puericultura, rede referência, visita domiciliar, galactogogos, gestão em saúde (que estimule os grupos, capacitações com recursos), trabalho da equipe multiprofissional, seguimento de boas práticas/exemplos, reuniões, banco de leite, orientação/visita puerperal. Na categoria fatores que dificultam o AM referem o leite Fraco/hipogalactia, fissuras, pega incorreta, constrangimento da mãe em amamentar, não querer, alimentação inadequada, stress, preocupação com a estética, liberdade, mamadeira, chá /bico/chupeta, receita de leite artificial ainda no hospital, licença de quatro meses ao invés de seis meses, o trabalho, a família e a rotina tumultuada.

A partir dos dados obtidos neste estudo reflete-se a respeito da necessidade de contínua avaliação e melhora na prevalência do AM esclarecendo a população sobre a influência negativa da cultura da chupeta sobre o AME, estímulo ao parto normal por estar associado ao AME e prevenção da gravidez na adolescência pelo risco maior de desmame precoce nesta faixa etária.

Ações de orientações interdisciplinares no ciclo gravídico puerperal precisam ser ampliadas e fortalecidas no esclarecimento do mito do leite fraco, no não ter leite.

As equipes precisam proteger a amamentação evitando a prescrição de leite artificial sem critérios, onde puerperas precisam ser referenciadas à sua UBS de apoio e esta realize a VD até o quinto dia pós parto. Grupos de gestantes precisam ser criados, fortalecidos pelas equipes e apoiados pela gestão.

É preciso que se proteja proteger o AM em relação ao retorno antecipado ao trabalho como fator de influência negativa para a construção de uma sociedade mais igualitária. Lutar pela ampliação da licença maternidade de 4 para 6 meses à todas

as mulheres trabalhadoras. Reivindicar o retorno do banco de leite para a região considerando seus benefícios.

A família deve estar junto com a mãe nas formações, orientações. Como profissionais é preciso compreender que é importante o apoio para a mulher e que entender sua cultura, seus mitos faz parte do cuidado da equipe multidisciplinar. Enquanto a amamentação for observada apenas na perspectiva da mulher não será possível melhorar a prevalência de AME.

Assim, as intervenções para promover o AM precisam se dar nas direções legais, políticas, culturais, biológicas e de relações de trabalho para o desenvolvimento saudável da sociedade a partir da primeira infância. Neste sentido apoio político e financeiro são fundamentais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Editora Fiocruz, 1999.

ALMEIDA, J.A.G.; FRANZ, R.N. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. 2004, vol.80, n.5, p.119-125. Nov. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000700002&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 out. 2014.

BARDIN, L. Análise de conteúdo.(1977). **Lisboa (Portugal): Edições**, v. 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63037095027>>. Data de consulta: 12 de setembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável**. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.**Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm> Acesso em: 27 out. 2012.Brasil.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher** – PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 19 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde.**Rede amamenta Brasil**. Caderno do Tutor.Brasília, DF, 2009. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em 12 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/cadernoatenaobasica_23.pdf>. Acesso em 12 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno**. 2ª edição, revisada. Brasília: 2007. Acesso em: Disponível em:<<http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf>>.

CAMINHA, M.F.C. et al. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 240-248, 2010.

CARRASCOZA, K.C. et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4139-4146, out. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232011001100019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 ago. 2013. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001100019>

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução N °466/ 2012. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em:< conselho.saude.gov.br/resoluções/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.

CORRÊA, F.P.A. et al. Aleitamento materno do prematuro em domicílio. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 24, n.4, p. 968-75. Out./dez. 2015. Disponível em:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xcmdNpNmLzcJ:www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-201500000300014.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b

FRANCISCO BELTRÃO, Perfil do Município de. Francisco Beltrão, 2016. Disponível em:<Informações constantes no site
<http://franciscobeltrao.pr.gov.br/departamentos/turismo/a-secretaria/economia-tecnologia/perfil-do-municipio/>>. Acesso em 14 set. 2016.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**, [20--]. Disponível em:<http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm>. Acesso em 19 set. 2014.

GOMES, R; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 2, n. 2, 1994.

MARQUES, E.S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, 2011.

MOREIRA, T. Mortalidade infantil na região de Beltrão é a menor do Paraná. **Jornal de Beltrão**. Francisco Beltrão. Fev 2016. Disponível em:<<http://www.jornaldebeltroao.com.br/noticia/240811/mortalidade-infantil-na-regiao-de-beltrao-e-a-menor-do-parana>> Acesso em 14 set. 2016.

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

NAKANO, A.M.S. **O Aleitamento Materno no Cotidiano Feminino**. 1996. 166 p. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

NARCHI, N. Z. et al. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 87-94, mar. 2009. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40330>>. Acesso em: 12 sep. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100011>.

OMS. promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. **Uma declaração conjunta OMS/UNICEF**. Genebra: WHO, 1989.

PARANÁ (Estado). Secretaria de Estado e Saúde. Linha guia. Mãe paranaense 2012 [Internet]. Curitiba; 2012; Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/linhaguiaamaepasranaensesitefinal.pdf>. [

QUELUZ, M.C. **Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana-SP**. 2011. 193 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-USP, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/ACER/Downloads/MARIANGELACARLETTIQUELUZ.pdf> >. Acesso em: 27 out. 2012.

QUELUZ, M.C. et al. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**. 2012, vol.46, n.3, p. 537-543, jun. 2012. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300002 >. Acesso em: 27 out. 2012.

Ribeiro R. et al. Associação entre o uso de mamadeira e de chupeta e a ausência de amamentação no segundo semestre de vida, **Ciência & Saúde Coletiva**. 2015, vol. 20 p. 1235-1244, Abril,2015 Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63037095027>>. Acesso em: 13 set. 2016.

RIGOTTI, R. R.; et al. Associação entre o uso de mamadeira e de chupeta e a ausência de amamentação no segundo semestre de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1235-1244, 2015.

RODRIGUES, A. P. et al. Auto eficácia em amamentar de mulheres no pré-natal e no pós-parto: estudo longitudinal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n 1, p. 10-20, jan./mar. 2016. Disponível em:<<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/16265>>

SENA, M.C.F. **Aleitamento materno no Brasil**. 2007.114 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

SILVA, M. G. et al. Publicações que utilizaram o grupo focal como técnica de pesquisa: o que elas nos ensinam?. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 398-406, 2013.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, Brasil. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro: BEMFAM; p.125-38, 1997

SOUZA, M. J. N. et al. A importância da orientação à gestante sobre amamentação: fator para diminuição dos processos dolorosos mamários. **ConScientiae Saúde**, v. 8, n. 2, p. 245-249, 2009.

VALE, M.C. Aleitamento Materno e Ética. **Acta Pediátrica Portuguesa**. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria, v. 37, n.5, p. 210-213. 2006. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1501/1/Acta%20Pediatr%20Port%202006_37_210.pdf>. Acesso em: 27 out. 2012.

VENANCIO, S.I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **J. Pediatr. (Rio J.)**. Porto Alegre: v. 86, n. 4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Set. 2014

VENANCIO, S.I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**. São Paulo: USP, v.36 n.3 313-8 . 2002. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em 10.09.14>. [Acesso em 19 set. 2014](#)

VENANCIO, S.I.; MONTEIRO, C.A. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Rev. bras. epidemiol.** vol.1, n.1. 1998 Disponível em: <<file:///C:/Users/ACER/Desktop/amamenta%C3%A7ao/VENANCIO%20MONTEIRO%20tendencia%20de%20amamenta%C3%A7ao%20no%20brasil.pdf>>. Acesso em: [12 set. 2014](#).

VICTORA, C.G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet Global Health**, v. 3, n. 4, p. e199-e205, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for infant and young child feeding**. Geneva; 2003. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf>>. Acesso em 12 set. 2014.

_____. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November**. Washington, D.C.: WHO; 2008. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf>. Acesso em 12 set. 2014.

_____. **10 datos sobre la lactancia materna**. Febrero de 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/es/>>. Acesso em: 19 set. 2014.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS POR ENTREVISTA
APLICADO ÀS MÃES OU CUIDADORAS PRINCIPAIS.

<p>ALEITAMENTO MATERNO: Prevalência e fatores associados ao sucesso ou ao insucesso da amamentação exclusiva no município de Francisco Beltrão-PR</p>	
<p>Nº _____ (PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA PESQUISADORA)</p>	
<p>1-DATA: ____/____/____</p>	
<p>2-ENTREVISTADOR: _____</p>	
<p>3-LOCAL DE ENTREVISTA: _____ 4-ÁREA <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural</p>	
<p>ENTREVISTAR APENAS MÃES OU CUIDADORES PRINCIPAIS DE CRIANÇAS DE SEIS MESES QUE RESIDEM EM FRANCISCO BELTRÃO</p>	
<p>5- Data de nascimento da criança: ____/____/____</p>	
<p>5.1 Nome da mãe da criança: _____</p>	
<p>6-Sexo da criança: 1-<input type="checkbox"/> Masculino 2-<input type="checkbox"/> Feminino</p>	
<p>7-A Srª é mãe desta criança? 1-<input type="checkbox"/> Sim 2-<input type="checkbox"/> Não. Se não, responder questão 8.</p>	
<p>8-É você que mais cuida desta criança? 1-<input type="checkbox"/> Sim 2-<input type="checkbox"/> Não Se 2, não realizar entrevista.</p>	
<p>9-A criança mora neste município? 1-<input type="checkbox"/> Sim 2-<input type="checkbox"/> Não Se 2, não realizar entrevista.</p>	
<p>10-A criança ontem recebeu leite do peito? 1-<input type="checkbox"/> Sim (pule para a pergunta 12) 2-<input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>11-Se não, até que idade seu filho mamou no peito? 1-<input type="checkbox"/> Nunca _____ meses OU _____ dias</p>	
<p>12-Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos). OBS: Se resposta 1, ir para pergunta 14.</p>	
<p>13-Se deixou de amamentar exclusivamente antes do bebê completar seis meses, quais as causas?</p>	
<p>1-<input type="checkbox"/> Não tinha leite 2-<input type="checkbox"/> Achava que meu leite era fraco 3-<input type="checkbox"/> Tinha pouco leite 4-<input type="checkbox"/> Patologia (doença) nas mamas 5-<input type="checkbox"/> Por decisão própria 6-<input type="checkbox"/> Baixo peso ao nascer 7-<input type="checkbox"/> Foi dado mamadeira no hospital 8-<input type="checkbox"/> O médico recomendou 9-<input type="checkbox"/> O bebê não quis 10-<input type="checkbox"/> O leite secou 11-<input type="checkbox"/> Por alguma doença da mãe 12-<input type="checkbox"/> Doença do bebê 13-<input type="checkbox"/> Devido ao trabalho 14-<input type="checkbox"/> Nova gestação 15-<input type="checkbox"/> Por ouvir dizer que o leite de vaca ou artificial é melhor 16-<input type="checkbox"/> Para não deixar o corpo feio 17-<input type="checkbox"/> Outro motivo: _____</p>	
<p>14-A criança com seis meses recebeu: (ler as alternativas para o entrevistado – pode marcar mais de uma alternativa)</p>	
<p>1-<input type="checkbox"/> Leite do peito 2-<input type="checkbox"/> Chá/água 3-<input type="checkbox"/> Leite de vaca 4-<input type="checkbox"/> Fórmula infantil (leite em pó) 5-<input type="checkbox"/> Suco de fruta 6-<input type="checkbox"/> Fruta 7-<input type="checkbox"/> Papa salgada 8-<input type="checkbox"/> Outros</p>	
<p>15-A criança usou mamadeira ou chuquinha? 1-<input type="checkbox"/> Sim 2-<input type="checkbox"/> Não Se 2, ir para questão 19.</p>	
<p>16-Desde quando?</p>	
<p>17-Ainda usa? 1-<input type="checkbox"/> Sim 2-<input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>18-Quem orientou?</p>	
<p>19- A criança usou chupeta? 1-<input type="checkbox"/> Sim 2-<input type="checkbox"/> Não Se 2 ir para questão 23.</p>	
<p>20-Desde quando?</p>	
<p>21-Ainda usa? 1-<input type="checkbox"/> Sim 2-<input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>22-Quem orientou?</p>	
<p>23- A criança chupou o dedo? 1-<input type="checkbox"/> Sim 2-<input type="checkbox"/> Não Se 2 ir para questão 26.</p>	
<p>24-Desde quando?</p>	
<p>25-Ainda chupa? 1-<input type="checkbox"/> Sim 2-<input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>26-Em que Hospital esta criança nasceu? _____ <input type="checkbox"/> Em casa <input type="checkbox"/> Não sabe</p>	
<p>27-Em que Município esta criança nasceu? _____ <input type="checkbox"/> Não sabe</p>	
<p>28-Qual foi o tipo de parto? 1-<input type="checkbox"/> Normal 2-<input type="checkbox"/> Fórceps 3-<input type="checkbox"/> Cesárea 4-<input type="checkbox"/> Não sabe</p>	
<p>29-A criança mamou na primeira hora de vida (na</p>	

sala de parto)?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não
30-Onde costuma levar a criança para consultar?	1- <input type="checkbox"/> Serviço privado ou convênio 2- <input type="checkbox"/> Público. Posto de Saúde Nome: _____ 3- <input type="checkbox"/> Não sabe
PERGUNTAS APENAS PARA A MÃE DA CRIANÇA	
31- Qual é a sua idade? _____	
32- Esta criança é o primeiro filho?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não
33- Você sabe ler e escrever?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não
34- Qual a última série que cursou com aprovação 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/> 5- <input type="checkbox"/> 6- <input type="checkbox"/> 7- <input type="checkbox"/> 8- <input type="checkbox"/> 9- <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ensino fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo	
35- Qual seu estado civil:	1- <input type="checkbox"/> Casada/união estável 2- <input type="checkbox"/> Solteira 3- <input type="checkbox"/> Separada 4- <input type="checkbox"/> Viúva
36- Quantos filhos tem	1- <input type="checkbox"/> 01 2- <input type="checkbox"/> 02 3- <input type="checkbox"/> 03 4- <input type="checkbox"/> Mais, quantos: _____
37- Se mais de um, amamentou quantos até seis meses	_____
38- Quanto ao trabalho, neste momento, a Sr ^a . <input type="checkbox"/> Está trabalhando fora <input type="checkbox"/> Não está trabalhando <input type="checkbox"/> Está de licença maternidade	
39- Tirou LICENÇA MATERNIDADE? QUANTO TEMPO	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não
40- Você recebeu orientação sobre a amamentação?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não (se 2, pular para 45)
41- Quando?	1- <input type="checkbox"/> Pré-natal 2- <input type="checkbox"/> Pós-parto
42- Onde?	Serviço: _____
43- Por quem? Pode assinalar mais de uma alternativa	1- <input type="checkbox"/> Médico 2- <input type="checkbox"/> Enfermeiro 3- <input type="checkbox"/> Dentista 4- <input type="checkbox"/> Técnico ou Auxiliar de enfermagem 5- <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde 6- <input type="checkbox"/> Outro, quem: _____
44- Você durante a gravidez participou de grupos de gestantes?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não Se 2 pular para questão 47.
45- Nestes grupos foram dadas orientações sobre amamentação?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não
46- Você é beneficiária do Bolsa Família?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não
47- Você participa da Pastoral da Criança?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não
48- Você realizou quantas consultas de pré-natal?	
49- Você recebeu orientação sobre a saúde bucal?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não (se 2, desconsiderar as próximas questões)
50- Quando?	1- <input type="checkbox"/> Pré-natal 2- <input type="checkbox"/> Pós-parto
51- Onde?	Serviço: _____
52- Por quem?	1- <input type="checkbox"/> Dentista 2- <input type="checkbox"/> Enfermeiro 3- <input type="checkbox"/> Médico 4- <input type="checkbox"/> Técnico ou Auxiliar de enfermagem 5- <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde 6- <input type="checkbox"/> Outro, quem: _____
53- Qual foi a orientação recebida?	_____
Observações:	

APÊNDICE B

QUESTÕES NORTEADORAS PARA GRUPO FOCAL DE MÃES QUE AMAMENTARAM POR MAIOR TEMPO

- 1-Como foi ou tem sido a experiência em relação à amamentação?
- 2-O que ajudou ou facilitou a dar o amamentar?
- 3-O que vocês consideram fundamental ou importante para que a mulher possa amamentar por um tempo maior?
- 5-Que apoio vocês consideram ser importante para que a mulher consiga amamentar?
- 4-Como foi a relação da família com a amamentação?
- 6-O que vocês esperam ou esperavam dos profissionais de saúde em relação a amamentação?
- 7-O que vocês tem a dizer sobre leite fraco?
- 8-Como o trabalho pode facilitar ou prejudicar a amamentação?

APÊNDICE C

QUESTÕES NORTEADORAS PARA GRUPO FOCAL DE MÃES QUE AMAMENTARAM POR MENOR TEMPO

- 1-Como foi ou tem sido a experiência em relação à amamentação?
- 2-O que dificultou a amamentar?
- 3- O que vocês consideram como ideal na amamentação em relação ao tempo?
- 4 -O que fez com que você introduzisse outros alimentos antes dos seis meses?
- 5-Como vocês decidiram isto? Quem ajudou a tomar a decisão?
- 6-O que vocês consideram fundamental ou importante para que a mulher possa amamentar por um tempo maior?
- 7-Que apoio vocês consideram ser importante para que a mulher consiga amamentar?
- 4-Como foi a relação da família com a amamentação?
- 8-O que vocês esperam ou esperavam dos profissionais de saúde em relação a amamentação?
- 9-O que vocês tem a dizer sobre leite fraco?
- 10-Como o trabalho pode facilitar ou prejudicar a amamentação?

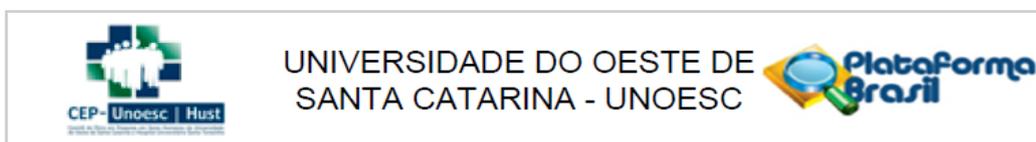
APÊNDICE D

ROTEIRO GRUPO FOCAL DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

- 1-Qual a opinião de vocês a respeito do aleitamento materno?
- 2-Qual a opinião de vocês a respeito do aleitamento materno exclusivo? (até quando pensam que é fundamental? Por quê?)
- 3-O que vocês acreditam que facilita o aleitamento materno exclusivo até os seis meses?
- 4-O que vocês acreditam que dificulta o aleitamento materno exclusivo até os seis meses?
- 5-Quais são as ações promotoras do aleitamento materno desenvolvidas pela secretaria?
- 6-Quais são as ações promotoras do aleitamento materno desenvolvidas pela equipe?
- 7-Quais os profissionais da equipe que se responsabilizam pela implementação das ações?
- 8- Existe formação específica para as Equipes na questão do aleitamento materno?
- 9- Como a equipe identifica sinais de que o aleitamento materno não vai bem e que está ocorrendo hipogalactia?
- 10- Qual é a conduta quando a mãe fala que o leite é fraco?

ANEXO

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ALEITAMENTO MATERNO: Prevalência e fatores associados a amamentação exclusiva no município de Francisco Beltrão-PR

Pesquisador: Adriana Damke Klock

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39702614.8.0000.5367

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 977.951

Data da Relatoria: 11/12/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação apresentado à Disciplina Seminários de Dissertação do Mestrado em Biociências e Saúde da Universidade do Oeste de Santa Catarina

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a prevalência e os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em crianças de seis meses, no município de Francisco Beltrão.

Conhecer a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças de seis meses no município de Francisco Beltrão no ano de 2015. Verificar os diferentes fatores que facilitam e dificultam o aleitamento materno exclusivo em crianças de seis meses, na perspectiva das mães e dos profissionais de saúde. - Observar a existência de ações promotoras do aleitamento materno desenvolvidas pelas equipes multidisciplinares. Identificar as ações e orientações sobre o aleitamento materno recebidas pelas mães das crianças de seis meses.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A participação neste estudo pode gerar algum tipo mínimo de desconforto, apenas no caso de os entrevistados ficarem pouco à vontade ao responder as perguntas, ao participar das entrevistas ou dos grupos focais. Benefícios: Os resultados do estudo poderão, ao se identificar os fatores associados à amamentação. À equipe gestora será proporcionado a apropriação de dados não

Endereço: Rua Getúlio Vargas, nº 2125, Centro Administrativo
 Bairro: Flor da Serra CEP: 89.600-000
 UF: SC Município: JOACABA
 Telefone: (49)3551-2012 Fax: (49)3551-2004 E-mail: cep@unoesc.edu.br