

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**CAROLINA VIVIANI CLAPIS**

**ALEITAMENTO MATERNO E DESMAME PRECOCE: ASPECTOS  
TRANSFORMADORES E EXCLUSORES**

**SÃO CARLOS - SP**

**2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**CAROLINA VIVIANI CLAPIS**

**ALEITAMENTO MATERNO E DESMAME PRECOCE: ASPECTOS  
TRANSFORMADORES E EXCLUSORES**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de mestre.**

**Área de concentração: Cuidado e trabalho em saúde e enfermagem**

**Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem**

***Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Márcia Regina Cangiani Fabbro***

***Co-orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Aida Victória Garcia Montrone***

**SÃO CARLOS - SP**

**2012**

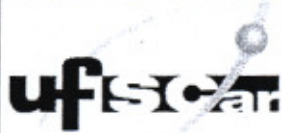
**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

C588am Clapis, Carolina Viviani.  
Aleitamento materno e desmame precoce : aspectos transformadores e excludores / Carolina Viviani Clapis. -- São Carlos : UFSCar, 2012.  
155 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

1. Enfermagem. 2. Aleitamento materno. 3. Lactentes – desmame precoce. 4. Feminismo. I. Título.

CDD: 610.73 (20ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: CAROLINA VIVIANI CLAPIS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 28/02/12  
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Aida Victoria Garcia Montrone  
(Co-orientadora - DMe/UFSCar)

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes  
(EERP/USP)

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Fabiana Marini Braga  
(DTPP/UFSCar)

\_\_\_\_\_  
Presidente da Coordenação de Pós-Graduação  
Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

# *Dedicatória*

*Dedico este trabalho às pessoas especiais da minha vida:*

*À minha mãe Rafaela e ao meu pai Atílio, com amor e gratidão, por acreditarem em meu potencial e sonhos e me incentivarem em todos os momentos.*

*Amo vocês!*

*Á todos que de alguma forma lutam por uma sociedade igualitária entre os gêneros.*

# *Agradecimentos*

*São tantas pessoas que merecem estes agradecimentos neste momento!*

*Ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFSCar por me deixarem seguir pelos caminhos da pesquisa em meio a um momento de dúvidas em meu caminho profissional.*

*À Secretaria Municipal de Saúde de Itirapina/SP em autorizar a realização da pesquisa e serem maleáveis quanto a disposição para o mestrado*

*À Unidade de Saúde da Família Jardim dos Indaiás e os profissionais pertencentes a ela que me apoiaram neste caminho.*

*Às mães participantes desta pesquisa que me deram à honra de compartilhar saberes.*

*Ao colegas/as de turma do mestrado por compartilhar as dúvidas, angústias e anseios do início ao fim desta trajetória.*

*À professora Márcia R. C Fabbro pela dedicação ao longo deste trabalho e por aceitar em me guiar pelos caminhos da pesquisa*

*À professora Roseli Mello pela ajuda amiga e profissional com as dúvidas e descobertas com a Metodologia Comunicativa Crítica*

*À Carolina Cherfen e Kelci, integrantes do NAISE em ajudar nos caminhos metodológicos.*

*Às minhas avós pelas orações que me iluminaram na construção desta dissertação.*

*Ao meu namorado Thiago M do Prado pelo carinho, compreensão e atenção nos momentos difíceis.*

## RESUMO

É conhecimento de toda a comunidade científica as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre aleitamento materno, ou seja, todos os bebês devem ser amamentados exclusivamente com o leite materno, desde o nascimento até seis meses de idade e, após este período, as crianças devem continuar sendo amamentadas ao peito, juntamente com os alimentos complementares até dois anos ou mais. Entretanto, as pesquisas confirmam que o Brasil ainda está abaixo do preconizado pela OMS, ou seja, temos em índices alarmantes a prevalência do desmame precoce em nossas capitais e no distrito federal. Assim, o desmame precoce é o foco do nosso estudo, sendo considerado como a interrupção total da oferta de leite materno, antes dos seis meses de vida do bebê. O objetivo do estudo foi: identificar junto com mulheres que desmamaram precocemente seus filhos, os aspectos transformadores e excludores do aleitamento materno e do desmame precoce. O referencial Teórico e Metodológico se constituiu da Aprendizagem Dialógica, Feminismo Dialógico e Metodologia Comunicativa Crítica. Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido em diversos bairros do município de Itirapina/SP no período de 2010 à 2011. Participaram do estudo 12 mães que desmamaram precocemente seus filhos, antes dos seis meses de vida do lactente e que não tenha transcorrido 3 meses do desmame devido ao possível esquecimento de informações. Os dados foram coletados a partir de questionários, entrevistas em profundidade, diário de campo e grupo de discussão comunicativo. O perfil socioeconômico das mães coletados a partir dos questionários foram analisados através do programa do Microsoft Office Excel 2007 e os dados qualitativos a partir do nível de análise básico proposto pela Metodologia Comunicativa, evidenciando os aspectos transformadores e os excludores na vivência do aleitamento materno e desmame precoce. O perfil socioeconômico das mães era: jovens, com idade variando de 20 a 29 anos, casadas (42%), a maioria possuía ensino médio técnico completo (59%), grande parte das mães não trabalhava fora de casa (67%) e eram primíparas (75%). Os resultados qualitativos nos permitem concluir que o trabalho materno e as leis trabalhistas foram fatores excludores; a compreensão de que o mamilo protruso é essencial para amamentar também foi um aspecto excludor, mas que merece estudos futuros. A identificação do aumento dos gastos financeiros da família com o desmame foi transformador e evidencia capacidade de reflexão das mães; amamentar é uma prática socializada desde a infância destaca o caráter biológico, contudo a afinidade com o ato de amamentar resgata o direito de fazer escolhas e ser respeitado por ser diferente. O prazer em amamentar ficou submisso à função de ser mãe e abdicar deste sentimento bem como “aguentar a dor” em prol da saúde do filho. Tais percepções nos fazem refletir o quanto a sociedade perde ao deixar de escutar, ao silenciar vozes e até mesmo julgar as propostas das mães em vez de tentar entender o sentido delas.

**Palavras chaves:** Aleitamento materno. Desmame Precoce. Aprendizagem. Gênero e Saúde. Feminismo.

## ABSTRACT

It is known by the entire scientific community the recommendations of the World Health Organization (WHO) on breastfeeding, ie, all babies should be breastfed exclusively with breast milk from birth to age six months and after this period, children should continue to be breastfed, along with complementary foods up to two years or more. However, research confirms that Brazil is still below the level recommended by WHO, ie, we have in alarming prevalence of early weaning in our capitals and the Federal District. Thus, early weaning is the focus of our study, being considered as the complete interruption of breastfeeding before six months of baby's life. The aim of this study was to identify with women who weaned their children early, transformers and excludores aspects of breastfeeding and early weaning. The theoretical and methodological framework was composed of Dialogic Learning, Feminism and Methodology Dialogical Communicative Critique. This is a qualitative study, conducted in various districts of the city of Itirapina / SP in the period 2010 to 2011. Participants were 12 mothers who weaned their children early, before six months old infant and has not passed three months of weaning due to possible oblivion information. Data were collected from questionnaires, interviews, field diary and discussion group communication. The socioeconomic profile of the mothers collected from questionnaires were analyzed using the program Microsoft Office Excel 2007 and qualitative data from the basic level of analysis proposed by the Communicative Method, pointing out the aspects transformers and obstacles in the experience of breastfeeding and weaning early. The socioeconomic profile of the mothers were: young people, aged 20-29 years, married (42%), the majority had completed secondary technical education (59%), most of the mothers worked outside the home (67%) and were primiparous (75%). The qualitative results allow us to conclude that maternal employment and labor laws were excludores factors, the understanding that the nipple protrusion is essential for breastfeeding was also an aspect excludor, but it deserves further study. The identification of increased financial expenses of the family with weaning was transformative capacity for reflection and highlights of the mothers, breastfeeding is a practice socialized since childhood highlights the biological character, but the affinity for the breastfeeding rescues the right to make choices and be respected for being different. The pleasure in breastfeeding was the function of being submissive mother and give up this feeling and "take the pain" for the health of the child. Such perceptions make us reflect how society loses by not listening, silence voices and even judge the proposals of the mothers rather than trying to make sense of them.

**Keywords:** Breastfeeding. Weaning. Feminism. Learning. Feminism Gender and Health.



## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	<b>9</b>
<b>Introdução</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo 1 Aleitamento materno e Desmame Precoce</b>	<b>15</b>
<b>Capítulo 2 Referencial teórico metodológico: Aprendizagem Dialógica, Feminismo Dialógico, Metodologia Comunicativo Crítico</b>	<b>24</b>
<b>Capítulo 3 Caminho Metodológico com as mães que desmamaram precocemente</b>	<b>48</b>
3.1 Local da pesquisa	48
3.2 Caminho ao encontro das mães que desmamaram precocemente e construção dos instrumentos de coleta dos dados	48
3.3 Coleta dos dados	51
3.4 Compreendendo e discutindo a análise dos dados	54
3.4.1 Passos da análise e interpretação dos dados	55
<b>Capítulo 4 Resultados: Diálogo entre mães e pesquisadora</b>	<b>57</b>
4.1 Análise do perfil das participantes	59
4.2 Diálogo entre mães e pesquisadora: aspectos transformadores e excludores do aleitamento materno e desmame precoce	59
4.2.1 O processo de amamentar e desmamar precocemente: aspectos transformadores e excludores	60
4.2.2 Práticas/ Ações transformadoras e excludoras ao aleitamento materno e desmame precoce	68
4.2.3 Eventos transformadores e excludores ao aleitamento materno e desmame precoce	95
4.3 Análise dos aspectos implícitos e explícitos: elementos ou propostas de melhorias sobre o tema do aleitamento materno e desmame precoce	106
<b>Capítulo 5 Considerações Finais</b>	<b>109</b>
<b>Referências</b>	<b>115</b>
<b>Apêndices</b>	<b>127</b>
<b>Anexo</b>	<b>152</b>

## APRESENTAÇÃO

---

“De tudo, ficaram três coisas: a certeza de que ele estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar. Fazer da interrupção um caminho novo. Fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sono uma ponte, da procura um encontro”  
(Fernando Tavares Sabino).

### **Trajatória acadêmica e encontro com a temática**

Este trecho é do escritor e jornalista brasileiro, Fernando Sabino, que tem o dom de trazer na simplicidade de suas palavras a profundidade dos seus significados. Estas palavras vêm de encontro com minha trajetória acadêmica e a proposta de minha pesquisa de mestrado. O interesse em investigar acerca do desmame precoce surgiu desde a graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos, entre os anos de 2006 a 2009, a partir de aproximações com a saúde da mulher em projetos de extensão e de iniciação científica.

Particpei como voluntária em um projeto de extensão, no qual proporcionava orientações acerca da amamentação às puérperas na Maternidade de São Carlos, reunia-as em uma roda de conversa e dialogávamos sobre os cuidados e dúvidas. Neste contato, se houvesse alguma mãe com muita dificuldade para amamentar, realizávamos um acompanhamento domiciliar após sua alta. Neste momento fui me identificando com a temática da amamentação e como é importante o diálogo com as mães neste momento de suas vidas.

A aproximação foi se fortalecendo quando tive a honra de fazer parte do projeto “Adolescência e Maternidade: uma proposta de intervenção”, financiado pelo órgão Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Através de visitas domiciliares, entrávamos em contato com as mães adolescentes e com sua realidade social. Dialogávamos uma série de questões relacionadas ao puerpério e dentre estas a amamentação, a qual era a maior demanda das mães, mostrando a preocupação e a imensidade de dúvidas que cerca esta prática. Isto se comprovou quando eu via que as mães não amamentavam de forma exclusiva até o sexto mês. Como jovem pesquisadora não conseguia compreender este fenômeno, não tinha as ferramentas para fazer uma escuta atenta das necessidades destas mães, seja porque, o propósito da minha pesquisa naquele momento não era este, seja porque minha experiência investigativa não era madura o suficiente para esta tarefa.

A graduação se encerrou e dei início ao mestrado e muito feliz por trabalhar com a temática da amamentação, a qual me instigava em estudá-la, uma vez que tinha guardado muitas dúvidas e expectativas a investigar. O início do mestrado coincidiu com a concretização de outro sonho, o trabalho como enfermeira em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Itirapina/SP. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) possibilitou realizar um cuidado com vínculo, aproximação, escuta, compartilhamento de saberes e corresponsabilização, ou seja, fatores que devem estar presentes no incentivo e apoio a amamentação. Também interessante e desafiador foi trabalhar a temática da amamentação e do desmame precoce a partir de um referencial teórico metodológico (Feminismo Dialógico e Metodologia Crítica Comunicativa) tão inovador e, ao mesmo tempo com possibilidades de contribuir com os pressupostos da Estratégia de Saúde da Família. A aproximação com o referencial teórico metodológico foi através de muitas leituras, participação em disciplinas que envolviam discussões sobre o mesmo e diálogo com outras pesquisadoras que utilizam este aporte.

No decorrer de pesquisa, pude confirmar a riqueza que é trabalhar a partir do referencial escolhido, uma vez que sou mulher e quando estava junto com as mães, mesmo que não tendo vivenciado a experiência de desmamar uma criança, conseguia ser uma pesquisadora solidária e atenta, buscando não fazer julgamentos e entender a experiência vivida por elas. Eu estava ali para compreender e compartilhar os saberes acadêmicos com os saberes populares que elas traziam a todo o momento e assim buscar construir conhecimentos transformadores para a superação deste processo. Como mulher e querendo um dia ser mãe compartilhava com elas esta vivência, que está arraigada na construção do ser feminino, e me sentia cada vez mais motivada a querer escutá-las.

A presente pesquisa tem como propósito compreender o fenômeno do Desmame Precoce junto com as mães que vivenciaram esta experiência, buscando com elas identificar fatores que contribuíram e fatores que dificultaram este processo por meio de uma perspectiva comunicativa crítica. Estes elementos podem contribuir com a transformação das práticas exclusoras, e sugerir novas que ajudem as mulheres/profissionais de saúde no processo de amamentar e/ou desmamar, tendo como pressuposto o direito das mulheres de decidir conscientemente e livremente sobre seus corpos.

## INTRODUÇÃO

---

É conhecimento de toda a comunidade científica as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011) sobre aleitamento materno, ou seja, todos os bebês devem ser amamentados exclusivamente com o leite materno, desde o nascimento até seis meses de idade e, após este período, as crianças devem continuar sendo amamentadas ao peito, juntamente com os alimentos complementares até dois anos ou mais.

A literatura científica e a OMS trazem as confirmações dos benefícios do aleitamento materno exclusivo e do complementar até os dois anos de idade reforçados por uma revisão sistemática realizada por Kramer e Kakuma (2009), cujos achados serviram de suporte as atuais recomendações da Organização Mundial da Saúde. As vantagens produzidas pela prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses são mais efetivas do que o aleitamento materno somente até três ou quatro meses seguido de aleitamento misto. Estas vantagens incluem diminuição do risco de infecção gastrointestinal no bebê, maior perda de peso materno após o parto e aumento do tempo de retorno ao período menstrual.

Apesar das vantagens e da naturalização da amamentação que foi construída socialmente como um ato biológico, natural, inato, próprio da mãe<sup>1</sup> e filho; quando as mulheres vivenciam esta prática percebem os limites e sentem a necessidade de desenvolver um aprendizado, evidenciando que o ato de amamentar não é instintivo (ALMEIDA, 1999; ALMEIDA; GOMES, 1998). Estes limites se mostram nos índices de desmame precoce.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1991) define desmame precoce como sendo a interrupção total da oferta de leite materno, antes dos seis meses de vida do bebê, podendo ser influenciado por vários fenômenos. Assim o conceito do desmame precoce foi utilizado também por outros autores que o conceituam como a interrupção do aleitamento materno antes do lactente haver completado seis meses de vida, independentemente de a decisão ser materna ou não e do motivo de tal interrupção. (PARIZOTTO; ZORZI, 2008).

O desmame precoce é uma realidade no Brasil evidenciado, principalmente, por duas grandes pesquisas a nível nacional que revelaram que o período de amamentação média aumentou um mês e meio, passou de 296 em 1999, para 342 dias em 2008. O estudo também identificou um aumento na taxa de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, que em 1999

---

<sup>1</sup> Sinônimos utilizados: mãe, lactante, nutriz, mulheres.

foi de 35%, passando de 52% em 2008. Contudo, apesar do aumento de alguns índices, tanto a pesquisa de 1999 quanto a 2008 evidenciaram a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) de 41% em menores de seis meses, o que é considerado abaixo do preconizado pela OMS, que considera como “bom” a porcentagem AME em menores de 6 meses de 50-89%, e menor do que estas, considerado como “ruim” (BRASIL, 2009b).

Outros estudos quantitativos e qualitativos reforçam essa realidade. Vieira et al (2010) trazem que a prevalência do AME observado foi de 96,9% nas primeiras 24 horas de vida do bebê e de 59,3% ao final do primeiro mês, o que mostra que o desmame já ocorre no primeiro mês em aproximadamente 37% das entrevistadas.

Barbosa et al (2009), em estudo realizado com lactentes matriculados em creches de São Paulo, revelaram que a duração média do aleitamento materno exclusivo foi de 2,3 meses. Sandes et al, (2007) trazem o decréscimo do AME ao longo dos seis meses de vida do bebê. Aos três meses, 40,4% das mães mantinham o AME, aos seis meses essas porcentagens desceram para 17,3%. A duração média do aleitamento materno exclusivo foi de 90 dias (três meses) e a porcentagem de abandono do AME entre os três e seis meses foi de 23,1%.

Sampaio et al (2010) identificaram em seu estudo que o prolongamento da amamentação assim como o desmame precoce são influenciados por inúmeros aspectos, tais como os biológicos, histórico-culturais, econômico-sociais e psíquicos dos atores direta e indiretamente envolvidos, reconhecendo-se um processo impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições inconscientes e concretas de vida.

O leite fraco ou pouco leite, as intercorrências da mama, a falta de experiência, a inadequação entre as suas necessidades e as do bebê, as interferências externas, o trabalho e a ambiguidade entre o querer/poder amamentar e entre o fardo/desejo são alguns dos motivos alegados pelas mães para desmamar. (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Segundo Almeida (1999), a visão do aleitamento materno como algo dado pela natureza, pelo biológico, revela que vivemos uma separação entre a ciência e a sociedade, como se os fenômenos biológicos se distanciassem dos fatos sociais. Quando se discutem as questões biológicas embasadas nas teorias científicas, trata-se do “ser biológico” e os fatos são naturalizados, ou seja, não há espaço para o sujeito.

É perceptível nas pesquisas sobre o desmame que a preocupação primordial é com o próprio evento e não com as mães que vivem este evento. As pesquisas ouvem as mães com foco no desmame e, na maioria das vezes não constroem com elas perspectivas para a mudança desta

realidade. É neste sentido, que a Metodologia Comunicativa Crítica traz contribuições sob o olhar do desmame precoce a partir da visão de quem vive esta experiência e busca em diálogo construir propostas que permitam a transformação desta realidade.

A Metodologia Comunicativa Crítica tem suas bases a partir do conceito de ação da Aprendizagem Dialógica, o qual diz respeito a uma maneira de conceber a aprendizagem edificada fundamentalmente nas elaborações de Habermas (1987) sobre a ação comunicativa e no conceito de Dialogicidade desenvolvido por Paulo Freire (1994, 2005) no campo da pesquisa. Aliado a esta perspectiva optou-se em utilizar o Feminismo Dialógico edificado pela autora Lúcia Puigvert (2001a), que propõe compreender dialogicamente o significado dos eventos, em especial para mulheres sem estudos, chamadas pela autora de “Outras Mulheres”.

O feminismo dialógico, de acordo com Fabbro (2011) vem enriquecer as práticas de saúde e educação com mulheres nutrizas, garantindo relações mais igualitárias. Isto se faz pertinente para a construção de espaços dialógicos onde estas mulheres sejam ouvidas em como lidam com o aleitamento materno e com o desmame e que as ações de saúde sejam discutidas e compartilhadas com as mulheres para a construção de conhecimentos em saúde em comunhão

A Metodologia Comunicativa Crítica auxilia a identificar o que denomina de aspectos transformadores e aspectos dificultadores/exclusores. Segundo Gómez et al (2006), os aspectos dificultadores/exclusores são barreiras a concretização de algo e os aspectos transformadores são formas de superar estas barreiras.

É a partir de estas bases teóricas metodológicas que se olha o desmame precoce, ou seja, compreender dialogicamente o significado do desmame para as mulheres e re-significar para os profissionais de saúde a necessidade de que a mulher-nutriz precisa de informação - dialogada com outras mulheres e com os profissionais de saúde para identificar os aspectos transformadores e exclusivos que auxiliem na tomada de decisão de amamentar ou não, fazendo uso do direito de escolha e de autonomia sobre seu corpo.

As metodologias comunicativas ainda são pouco utilizadas nos estudos acerca da temática amamentação e desmame precoce. O aleitamento materno e o desmame precoce são “coisas” de mulher, ou seja, ligado a própria biologia do ser feminino. Segundo Polido et al (2011), a família é a principal apoiadora em diversas situações de cuidado com o bebê, porém nem sempre facilita com conselhos ou atitudes adequadas à boa prática de amamentar; alguns profissionais de saúde têm uma relação desigual com as mulheres nutrizas, privilegiando os conhecimentos acadêmicos e realizando julgamentos acerca das práticas culturais imersas na vida cotidiana das

mulheres. Entretanto, se entende que são os processos que se constroem na relação com o outro que proporcionam a reflexão, o questionamento e transformações das situações da vida cotidiana. Portanto, a ferramenta utilizada para este movimento entre pesquisador e participante é o diálogo, que é gerador de discussões, reflexões, intercâmbio de idéias e de transformações.

Assim a questão que norteia este estudo é: quais são os elementos transformadores e os excludores identificados a partir da experiência de mulheres que desmamaram precocemente seus filhos? Dela desdobrou-se o seguinte objetivo: identificar junto com mulheres que desmamaram precocemente seus filhos, os aspectos transformadores e excludores do aleitamento materno e do desmame precoce.

A construção desta dissertação foi dividida em capítulos. A introdução foi baseada na revisão de literatura, o que permitiu desenhar um panorama geral do aleitamento materno e do desmame precoce a partir das evidências científicas; aspectos introdutórios da perspectiva comunicativa crítica e seu enfoque na temática do desmame precoce, justificando o uso deste referencial teórico metodológico para a presente pesquisa; a questão norteadora e os objetivos da pesquisa.

O capítulo 1 abordará os aspectos do aleitamento materno e do desmame precoce com mais profundidade.

O capítulo 2 abordará acerca do Referencial Teórico e Metodológico: Aprendizagem Dialógica, Feminismo Dialógico, Metodologia Crítica Comunicativa.

O capítulo 3 apresentará o caminho metodológico seguido pela presente pesquisa: tipo de pesquisa, local da pesquisa, participantes, aspectos éticos, técnicas e instrumentos de coleta de dados e análise dos dados.

O capítulo 4 apresentará os resultados alcançados e a discussão dos achados com outros autores.

O capítulo 5 trará algumas considerações identificadas ao final da realização da pesquisa.

## CAPÍTULO 1 ALEITAMENTO MATERNO E O DESMAME PRECOCE

---

O Brasil é um país em desenvolvimento, com alto índice de mortalidade infantil, muitas vezes causada pela alimentação inadequada na primeira infância, acarretando baixa resistência orgânica e, conseqüentemente, a presença de quadros infecciosos irreversíveis, sendo o não aleitamento materno apontado como uma das causas (SILVA, 1997). Segundo Revimales et al (2010), o ato de amamentar é milenar, sem custo e essencial para a vida dos seres humanos, minimiza a fome, salva vidas e faz o indivíduo crescer não só biologicamente como também emocionalmente, devendo ser de responsabilidade de todos e não apenas da mulher.

A comunidade científica e a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011) retratam a importância da amamentação para a saúde do bebê e da mãe. A amamentação é uma prática que traz benefícios comprovados cientificamente para a mulher, para o bebê, para a família e para a sociedade.

Para as mulheres as vantagens são: a involução uterina mais rápida, proteção contra anemia, proteção contra o câncer de mama e câncer de ovário, efeito contraceptivo, a proteção contra fraturas por osteoporose, melhor ganho de peso pré-gestacional, fortalecimento dos laços afetivos, diminuição da ansiedade, praticidade e redução de custos de vida. Os benefícios para o bebê são: redução da mortalidade infantil, proteção contra doenças, principalmente respiratórias e intestinais, melhor desenvolvimento da cavidade oral e melhor desenvolvimento neuromotor. Para a sociedade em geral esta prática protege o meio ambiente (BRASIL, 2003, 2009-b); (REA; MORROW, 2004); (TOMA; REA, 2008); (EDMOND et al, 2006.); (VICTORA et al, 1997.); (PATHIRAGE et al, 2009), (JACKSON; NAZAR, 2006); (REGO, 2006); (STUEBER et al., 2005); (ANDERSON et al, 1999); (GIUGLIANI, 2000; SILVA et. al, 2009; SOUZA; BISPO, 2007)

No Brasil houve duas grandes pesquisas a nível nacional, uma em 1999 e outra em 2008. Foram investigadas ao todo 34.366 crianças menores de 1 ano que compareceram na campanha de multivacinação em 2008, em todas as capitais brasileiras e Distrito Federal (DF). Verificou-se que, no total das crianças analisadas, 67,7% mamaram na primeira hora de vida e a região sudeste apresentou o menor índice com 63,5% para o aleitamento materno na primeira hora de vida. A prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses foi de 41,0% e a duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 54,1 dias (1,8 meses) no conjunto das capitais brasileiras e DF. Constatou-se aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo



em menores de 4 meses no conjunto das capitais brasileiras e DF, de 35,6%, em 1999, para 51,2%, em 2008. (BRASIL, 2009b)

Estes dados revelam que o desmame precoce ainda mantém uma incidência alta, ou seja, os índices do AME estão abaixo do preconizado pela OMS (2009) considera "bom", o percentual que varia de 50 a 89% das crianças amamentadas exclusivamente com leite materno, portanto "mau", os indicadores inferiores a estas porcentagens.

Carrascoza et al (2005) também chegaram as mesmas conclusões em uma pesquisa realizada com mães que levavam seus filhos ao centro odontológico da UNICAMP em Campinas, ou seja, o desmame precoce ocorreu em 42,5% dos casos já entre o segundo e terceiro mês de vida das crianças.

Joca et al (2005) trazem que a maioria das mães iniciou amamentação mista logo no segundo mês, evidenciando novamente o desmame precoce, pesquisa esta realizada no Ceará. Barros et al (2009) em estudo na Paraíba também identificaram uma baixa prevalência do aleitamento materno exclusivo, o qual no terceiro mês de vida 20,9% das crianças estava nessa condição e no sexto mês somente 8,3% recebiam leite materno exclusivo.

Franco e Lopez (2010) também identificaram esta diminuição do aleitamento materno exclusivo (AME) ao longo dos meses, 38,7% permanecia em AME nos primeiros quatro meses e aos seis meses esta porcentagem era de 24,2%, em estudo prospectivo em cidade da Colômbia.

Após uma breve incursão pela literatura, já é possível observar que o conhecimento científico aponta inúmeros aspectos que vão desde as propriedades biológicas ímpares do leite humano até as questões de cunho econômico, capazes de causar impacto tanto à família quanto ao Estado. O elo comum que permite essa interligação, apontado por vários autores, consiste nas vantagens que a amamentação possibilita para a criança, a mulher, a família e o Estado (ALMEIDA, 1999).

Contudo, configura-se neste ponto um verdadeiro paradoxo: o desmame. Apesar de as vantagens da amamentação serem apresentadas com eloquência pela comunidade científica, e apesar de se observar uma considerável melhora nos índices de amamentação registrados no Brasil entre as décadas de 80 e 90, observa-se também que existe uma espécie de tendência latente ao desmame historicamente presente na sociedade, levando as mulheres a desmamarem os seus filhos de forma precoce (ALMEIDA, 1999). Por que essa propensão a abandonar uma prática que traz

múltiplos benefícios e se mostra inigualável na alimentação de lactentes? Como explicar esse paradoxo?

Um fato é que o avanço nas descobertas acerca dos conhecimentos científicos que evidencia as ilustres vantagens do leite materno não está em harmonia com a amamentação entendida como uma prática socialmente instituída. Todas as vantagens da amamentação descobertas pela ciência e difundidas na sociedade não têm sido suficientes para garantir a introjeção de valores culturais capazes de reverter a sempre presente tendência ao desmame (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Assim para tentar responder este descompasso, segundo os autores acima, várias pesquisas foram desenvolvidas no Brasil, particularmente a partir dos anos 80. Como resultado da busca para desvendar as razões dessa tendência, inúmeras verdades foram construídas, conferindo ao desmame um caráter multicausal. Na tentativa de ampliar a compreensão sobre os determinantes do desmame precoce, vários trabalhos foram realizados, em diferentes épocas e regiões do país.

Issler et al (2010) concluíram que, entre as razões de desmame precoce alegadas pelas mães, existe ênfase em aspectos psicossociais, destacando quatro tópicos principais: amamentar é bom; o leite não sustenta; amamentar incomoda e a falta de apoio. Assim os autores trazem que, é evidente que as mães reconhecem as qualidades do aleitamento materno, porém mostram ambiguidade quando refere aos aspectos psicossociais que dificultam a amamentação. Frente à impossibilidade de expressar esta ambiguidade, tende a dar respostas socialmente aceitáveis, embasadas na explicação biológica, ou seja, justificativas que não incluem sua participação no processo, que são externas a si mesmas .

As próprias experiências das mulheres nutrizes e seu entorno foram identificados no estudo de Jungles et al (2010) que, por meio dos relatos das mulheres revelaram a influência das opiniões de familiares e profissionais da saúde, as experiências próprias em aleitar, a influência dos padrões estéticos de beleza, e a construção de laços afetivos entre mãe e filho por meio do aleitamento materno, o que condiciona culturalmente a figura da boa mãe como aquela que amamenta. Os aspectos estritamente biológicos emergiram em menor intensidade e, quando citados, pontuaram, principalmente, os benefícios à saúde do bebê.

Já Vieira et al (2010) identificaram alguns aspectos associados a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, tais como: falta de experiência prévia com amamentação (razão de prevalência 1,24; IC95% 1,75-1,43), presença de fissura mamilar (razão de prevalência 1,25; IC95% 1,09-1,43), horários pré-determinados para amamentar (razão de prevalência 1,42; IC95%

1,09-1,84) e uso de chupeta (razão de prevalência 1,53; IC95% 1,34-1,76). Já outro estudo realizado por Rocha et al (2010) que privilegiou uma análise compreensiva das falas permitiu verificar os fatores que levam a mãe a amamentar seus filhos, como "proteção do bebê" e "amor materno". Também foram verificados os motivos que levaram as mães a desmamarem seus filhos, sendo citados a falta de leite, leite secou e o trabalho.

Frota et al (2009) também retrataram em seu estudo alguns fatores que interferem no aleitamento materno exclusivo, tais como: a má interpretação do choro do lactente relacionando-o à fome; insuficiência do leite materno; a necessidade dessas mães trabalharem para ajudar nas despesas de casa; dificuldades relacionadas às mamas; e recusa do peito por parte da criança.

Nakano (2003), investigando quais os problemas na amamentação apontados pelas mulheres, identificou que 73% das entrevistadas alegaram problemas mamários, 10,2% dificuldades com as mamas e com o bebê, 8,4% problemas com o bebê e 4,5% outros motivos. Dentro de problemas mamários, os traumas mamilares apresentam-se como uma dificuldade que influencia na manutenção da amamentação.

As questões relacionadas à prática da amamentação têm-se configurado objeto de interesse para diferentes atores e grupos sociais ao longo da história. Em todas as épocas, o ser humano foi levado a construir rotas alternativas para responder à demanda das mulheres que, por opção ou imposição, trilharam o caminho do desmame precoce. Assim, a história ajuda a entender um pouco o complexo processo de desmame. (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Observa-se, então que existe uma espécie de tendência latente ao desmame historicamente presente na sociedade, levando as mulheres a desmamarem os seus filhos de forma precoce. Todas as vantagens da amamentação descobertas pela ciência e difundidas na sociedade não têm sido suficientes para garantir a introdução de valores culturais capazes de reverter a sempre presente tendência ao desmame

Os primeiros vestígios de amamentação foram trazidos nos relatos de Pero Vaz de Caminha quando retrata em carta ao rei de Portugal que as mulheres indígenas amamentavam ao peito seus filhos, uma vez que elas tinham a prática da amamentação arraigada a sua cultura. Isso causou estranhamento à civilização européia e este foi o primeiro embate cultural em torno da amamentação. As mulheres indígenas tinham um “modo” de amamentar que hoje é reconhecido como “adequado” como amamentar sob livre demanda até os dois anos mais da criança e o trabalho materno não se configurava como fator de desmame. (ALMEIDA, 1999)

Assim, no Brasil, o aleitamento materno entre os índios tupinambás era a regra geral até a chegada dos descobridores europeus, que trouxeram, em sua bagagem cultural, o hábito do desmame. A amamentação para as mulheres européias era uma tarefa indigna de uma dama, assim nestes países, a amamentação mercenária era uma prática socialmente instituída, configurando o papel das amas de leite. Essa nova versão de aleitamento mercenário, impregnada pela estratégia mercantilista, foi exercida no Brasil em um momento histórico, muito anterior à chegada dos leites industrializados. É secular, portanto, a tendência de se procurar auferir lucros com práticas que gravitam em torno da amamentação, estimulando propositadamente a instituição do desmame (ALMEIDA, 1999).

No século XIX, tem-se o predomínio da medicina higienista e o foco desta nova prática era a família e em especial a mulher, resgatando a ordem natural da maternidade e da amamentação como fatores essenciais para a sobrevivência dos filhos. Assim, a amamentação foi transformada em um evento biológico, instintivo a classe dos mamíferos e de direção médica, entretanto a pressão desta corrente ultrapassava a preocupação com a saúde das crianças, uma vez que tinha como segundo objetivo oculto o controle da vida da mulher. Portanto temos que a amamentação era determinadamente de ordem biológica e materna, desconsiderando os outros aspectos socioculturais que permeiam esta prática. (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Assim, os discursos científicos também foram se consolidando em torno desta ordem higienista da amamentação, construindo regras normatizadoras da amamentação e das condutas das mulheres, que eram consideradas e se sentiam culpadas (e se sentem até hoje) quando o desmame acontecia.

Na virada do século XIX, tem-se um Brasil caracterizado pelo fim da escravidão e por um processo crescente de urbanização, mudando drasticamente o cenário da amamentação e literalmente favorecendo ao desmame. Neste momento histórico, com a inserção da mulher no mercado de trabalho e com o desenvolvimento da sociedade do consumo surge a figura da mamadeira e as primeiras remessas de leites artificiais. A mistura desses dois ingredientes, mamadeira e leite industrializado possibilitou a configuração de uma alternativa terapêutica para a antiga impossibilidade clínica de amamentar: o leite fraco. (ALMEIDA, 1999). Assim segundo Almeida e Novak (2004), a figura do leite fraco foi introjetada pela prática higienista da medicina, que associada a dificuldade materna em assumir o insucesso da amamentação e a forte censura frente ao desmame, tinha a sociedade naquele momento como um terreno fértil para se fortalecer.

A partir da virada do século XIX, a cultura dos leites industrializados no Brasil vem contribuindo para a perpetuação do desmame. As indústrias fazem uso do marketing como ferramenta para promover a venda de seus produtos, sensibilizando e convencendo os profissionais da área da saúde a indicar e prescrever as fórmulas lácteas desde o nascimento com segurança (AMORIM, 2005).

Aliado a todo este contexto, a urbanização contribui para fortalecer a prática do leite industrializado, uma vez que a família nuclear foi substituída por instituições coletivas, fazendo com que a mulher perdesse seu papel na maternidade, além disso, a emancipação feminina estava se destacando na sociedade. (BADINTER, 1985). Enfim, fatores estes que foram apropriados pela indústria de leites para solidificar o paradigma do desmame denominado por Almeida (1999, p. 41) de “desmame comerciogênico” na cultura brasileira.

Entretanto, na década de 70, este cenário gerou polêmicas entre os estudiosos, que apontavam as altas taxas de mortalidade infantil e desnutrição, mostrando a necessidade de reverter este quadro. Assim, em 1981 foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que desencadeou um movimento de valorização da prática da amamentação na sociedade brasileira. (ALMEIDA, 1999)

Com isso, a indústria de leites artificiais e mamadeiras perderam o seu tradicional espaço e passaram a se defrontar com um crescente estreitamento de mercado. Então, os fabricantes de leites modificados elegeram um novo nicho mercadológico – a prematuridade e as alergias alimentares - denominado de "vanguarda científica" no campo da alimentação e nutrição de recém-nascidos. (ALMEIDA, 1999)

Da carta de Pero Vaz de Caminha ao rei de Portugal à vanguarda científica construída socialmente pelos fabricantes de leites modificados, a amamentação revelou e revela diferentes significados, que oscilam em torno de dois pólos: natureza e cultura, que a depender do momento e da finalidade de seu uso, esses significados ora se separam, ora se fundem. (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Portanto, é preciso compreender o aleitamento como um comportamento social, mutável conforme as épocas e os costumes. Preso a hábitos decorrentes dos determinantes sociais, às idéias e manifestações da cultura; a prática da amamentação depende de concepções e valores assimilados no processo de socialização, além do equilíbrio biológico e perfeito funcionamento das funções hormonais. Se o aleitamento fosse um ato natural, ele permaneceria imutável nos seres. Se

ele se modifica, não se pode traduzir tal mudança como um erro ou uma imperfeição da natureza. (SILVA, 1990)

Deste modo, o mercado de leites artificiais ou sua influencia nas mulheres e profissionais não é causa única do desmame, ele está imerso em um turbilhão de eventos que geralmente acontecem simultaneamente, evidenciando que o desmame precoce também é um híbrido natureza e cultura. Diante do exposto, vê-se que não é fácil para as mães cumprirem com todas as recomendações da OMS e a mulher acaba sendo responsabilizada e culpabilizada pelos agravos na saúde de seu filho. De onde vem historicamente esta culpa?

Ser mulher e amamentar são atributos fisiologicamente intrínsecos às mulheres. Como a abordagem do feminismo e conseqüentemente das relações de gênero se articulam com a questão do aleitamento materno? De fato, historicamente, as mulheres têm ocupado um lugar de destaque no ciclo reprodutivo e o prestígio a elas atribuído é resultante das experiências acumuladas de outras vivências maternas. (NAKANO et al, 2007) Este lugar de destaque da mulher também é derivado das construções das relações de gênero na sociedade.

Para Scavone (2001), a maternidade é um fenômeno social, marcado pelas desigualdades sociais, racial-étnicas e pela questão de gênero. A questão da maternidade, assim como seus derivados, tais como o fenômeno da amamentação são práticas sociais e em todos os seus aspectos sempre estiveram presente na luta libertária das mulheres e por isso foi objeto constante de reflexões teóricas feministas.

Villella e Arilha (2003) reafirmam o que querem as feministas com o surgimento da categoria gênero, que a anatomia deixe de ser destino, que não serve somente para as mulheres, mas também para homens. Era preciso encontrar algo que simbolizasse o caráter social das diferenças baseadas no sexo e foi o termo gênero que surgiu para este fim. Para Scott (1995), houve a necessidade de reivindicar um terreno de definição para sublinhar a incapacidade das teorias existentes em explicar as persistentes desigualdades entre as mulheres e homens.

Houve um tempo em que as primeiras correntes feministas rejeitavam a maternidade, ou, pelo menos, expressavam uma visão muito negativa dela. Hoje a realidade é, no entanto, mais sutil e mais complexa. Encontramos importantes declarações feministas, que aparentemente expressam a grandeza da maternidade, todavia em outras ainda expressam negatividade da maternidade. A autora conclui que a visão da maternidade que emerge a partir destas concepções valorativas retrata uma visão reducionista e em muitos casos, excluindo o contexto social. (FRAGA, s.d.)

No feminismo da diferença<sup>2</sup>, continua a autora, a maternidade foi contextualizada como uma carga imposta pela sociedade, especificamente pelo homem, e era considerada uma das grandes causas de marginalização e opressão da mulher, a mulher é subordinada, "seu corpo é uma coisa que pertence ao homem". Portanto, para essa corrente a maternidade representava uma servidão da mulher e assim, do mesmo modo era vista amamentação.

Hoje têm sido abertas novas concepções da maternidade, que visam descrystalizar conceitos como "mães submissas"; que proclamam e vivem a maternidade longe de laços institucionais como o casamento ou a família, mesmo sem a intervenção direta de qualquer homem. É cada vez mais comum mãe, solteira, perto de 40 anos de idade, onde o homem tem desempenhado um papel acidental. Essa nova configuração superior a desqualificação da maternidade como escravidão, encontra na maternidade um sinal de capacitação e autodeterminação das mulheres (FRAGA, s.d).

Portanto, para Fraga (s.d.), a maternidade e o processo de amamentar podem se constituir em uma oportunidade única e específica para as mulheres. Para algumas correntes de feminismo(s) da atualidade tanto dar a luz como interromper uma gravidez mediante o aborto são manifestações "equidistantes", podemos dizer, de uma mesma capacidade de opção. O recurso do aborto, expressão máxima da negação da maternidade, se converte em uma possibilidade de direito a maternidade livremente decidida.

A amamentação envolve dois aspectos: amamentar do ponto de vista fisiológico – produzir leite materno – um atributo feminino - e o processo da amamentação, entendido como se dando num contexto social, podendo envolver outros membros da família e da comunidade, especialmente se houver espaços dialógicos que possam permitir a reflexão do como cada mulher e homem se vê neste processo.

Entretanto, o processo da amamentação assim como da maternidade, são carregados de uma naturalização biológica e cultural, em que as mulheres não são autorizadas a questionar os rumos de suas vidas, fazendo com que a maternidade seja tanto uma essência inscrita na natureza feminina quanto destino da mulher. Assim, os estudos do conceito de gênero trouxeram o reconhecimento da existência de uma mulher (e de um homem) essencial e universal, ou seja, inscrita principalmente neste destino biológico (MEYER, 2000).

---

<sup>2</sup> O feminismo da diferença é uma etapa que defendia uma mulher mais autônoma, centrando-se nas diferenças entre mulheres e homens e entre elas mesmas. .Mais afrente se retomará este tópico.

Assim, retomando a discussão anterior da culpabilidade por não amamentar, supõe-se suas raízes na história do papel da mulher na sociedade como mãe e nutriz, sustentada por um modelo imposto que entrega à mulher a responsabilidade e culpa pelo fracasso do aleitamento materno. Estamos longe, em nossa realidade de saúde pública no Brasil, de conseguir uma maternidade decidida, como colocada por Fraga (s.d.).

A decisão de ser mãe e amamentar é mais complexa do que se pensa, por exemplo: um processo de amamentar, vivenciado de forma traumatizante e que geralmente culmina com o desmame; pode ou não ser um prolongamento de situações pouco favoráveis, entre elas uma gestação não desejada ou problemas com a própria sexualidade. Entende-se que o processo de desmame é apenas a ponta de iceberg de um complexo sistema de fatores desde pessoais/de personalidade/psicológicos até fatores socioeconômicos, permeado por toda uma rede (que, muitas vezes, não funciona como rede), envolvendo família, profissionais de saúde/educação, políticas de saúde, de trabalho, empregadores, enfim toda a sociedade.

Vale destacar a importância da posição dos profissionais de saúde que constantemente interagem diretamente com as mães. Estes atores deveriam atuar no incentivo ao aleitamento materno, apoiando e instruindo a nutriz, através do acompanhamento pré-natal cuidadoso, formação do grupo de gestantes, alojamento conjunto, durante a puericultura e promoção de campanhas de incentivo ao aleitamento (ESCOBAR et al, 2002).

Portanto, pode-se constatar o valor da participação dos profissionais, entretanto a posição com que estes se portam diante das mães pode influenciar profundamente a condução do processo da amamentação, uma vez que alguns se tornam meros depositários de processos biológicos indicadores de saúde e doença, o que torna a comunicação entre mãe e profissional ineficaz, pois existem mulheres que tendem a interpretar as sensações corporais de acordo com códigos específicos de seu meio, nem sempre congruentes com os dos profissionais de saúde (NAKANO et al, 2007).



## **CAPÍTULO 2 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO: APRENDIZAGEM DIALÓGICA, FEMINISMO DIALÓGICO, METODOLOGIA COMUNICATIVA CRÍTICA.**

---

“Nem todos temos a coragem deste encontro e nos enrijecemos no desencontro, no qual transformamos os outros em puros objetos. E, assim procedemos, nos tornando necrófilos, em lugar de biófilos. Matamos a vida, em lugar de alimentarmos a vida. Em lugar de buscá-la, corremos dela” (FREIRE, 2005, p 73)

Os pressupostos teóricos metodológicos utilizados para esta pesquisa partem de uma perspectiva comunicativa crítica, a qual surge com a intenção de modificar a maneira de se produzir o conhecimento científico. As bases teóricas que sustentam esta pesquisa são o conceito de ação da Aprendizagem Dialógica, embasado nas elaborações de Habermas (1987) sobre a Ação Comunicativa e no conceito de Dialogicidade desenvolvido por Paulo Freire (1994; 2005). Atrelado a esta perspectiva, foi utilizado a Metodologia Comunicativa Crítica proposta por Gómez et al (2006) e o Feminismo Dialógico proposto pela autora Lúdia Puigvert (2001a). O intuito foi compreender dialogicamente o significado do desmame para as mulheres e propor ressignificações para os profissionais de saúde frente à necessidade de informações dialogadas com outras mulheres e com os profissionais de saúde. Estas informações geradas em espaços dialógicos se constituem em novos conhecimentos pela identificação dos aspectos transformadores e excludores que auxiliem na tomada de decisão de amamentar ou não, fazendo uso do direito de escolha e de autonomia sobre seu corpo.

A aprendizagem dialógica é uma concepção comunicativa da educação que tem como fatores chaves da aprendizagem a interação e a comunicação. Por meio de um diálogo dirigido a alcançar acordos em torno a âmbitos da realidade, as pessoas resolvem situações problemáticas e aprendem profundamente alcançar uma compreensão mais complexa do mundo (AUBERT, FLECHA, GARCÍA, FLECHA, RACIONERO, 2010).

Foi a partir da aprendizagem dialógica que Gómez et al (2006) propôs avançar este conceito para a pesquisa, com intuito de proporcionar a interpretação da realidade de outra forma, não mais priorizando os saberes acadêmicos próprios da cultura dominante, dando origem a Metodologia Comunicativa Crítica. É comunicativa porque supera a dicotomia objeto/sujeito através da categoria intersubjetividade e crítica porque parte da capacidade de reflexão e autoreflexão das pessoas e da sociedade.

Esta dicotomia sujeito/objeto é refletida nas metodologias tradicionais utilizadas, por isso, Gómez (2009, p. 106) revela que as metodologias de trabalho devem ser repensadas para dar conta da nova sociedade que passa a predominar, a sociedade da informação e ajustar-se a ela. Assim a perspectiva comunicativa nasceu a partir de transformação que a sociedade industrial vem tendo, surgindo a sociedade da informação, possibilitando as pessoas serem autoras de sua própria biografia. De acordo com o autor, as metodologias tradicionais de pesquisa tratam as participantes como “objetos de pesquisa”, formulam esquemas que “correm paralelos a realidade”, entretanto, não serve para entendê-la, uma vez que não incluem as vozes dos atores que estão desenhando a realidade.

O processo de tecnologização e a automotização da sociedade pode contribuir tanto com a melhora das condições de vida das mulheres, rompendo fronteiras, mas também reforçando algumas, além de estreitar cada vez mais o círculo das intelectuais e, com isso gerar a exclusão social. Entretanto, estas transformações que a sociedade vem passando, está provocando uma mudança, ou seja, priorizam-se a informação, os conhecimentos adquiridos através da experiência e da interação social, ao invés dos objetos materiais. Isto parte da premissa de que todas as pessoas possuem competências comunicativas, que poderão levar ao rompimento das relações desiguais. (PUIGVERT, 2001a).

Para Flecha et al (2001), este movimento que vem acontecendo atualmente produz uma transformação que repercute na vida cotidiana de todos e através do diálogo e da inclusão das vozes de pessoas que tradicionalmente foram excluídas do âmbito acadêmico, está se produzindo também uma revolução com as perspectivas metodológicas e teóricas dos trabalhos acadêmicos.

De acordo com Gómez; Palomar, (2009), a metodologia comunicativa está pautada em uma nova perspectiva de trabalho que responde as exigências metodológicas do momento em que vivemos. É importante entender que a realidade, deste ponto de vista exige o uso de técnicas metodológicas que sejam válidas e confiáveis para descrever os fenômenos sociais e educativos de nosso mundo caracterizado por um giro dialógico.

Influenciada por estas novas abordagens que Puigvert em 2001a elaborou teoricamente o Feminismo Dialógico, propondo superar as deficiências das ondas dos movimentos feministas anteriores<sup>3</sup> e da produção de pesquisas que priorizavam a academia e a passividade das mulheres nas escolhas em suas vidas.

---

<sup>3</sup> Posteriormente faremos uma explanação das fases do feminismo, segundo Puigvert (2001)

É com a junção destes três aspectos teóricos metodológicos, Metodologia Comunicativa Crítica, Feminismo Dialógico e a Aprendizagem Dialógica, que se propõe estudar o processo da amamentação e do desmame precoce, revelando aspectos transformadores e excludentes neste processo considerado social.

Assim, este capítulo desenvolve as bases teórico-metodológicas que orientam esta investigação, para, na seqüência, apresentar o percurso metodológico realizado com as mulheres que vivenciaram o processo de desmame precoce, bem como as técnicas de coleta de dados utilizadas, fornecendo assim as contribuições necessárias para a compreensão de nossas análises no processo desta pesquisa.

### **Aprendizagem Dialógica**

O conceito de aprendizagem dialógica (FLECHA, 1997) foi desenvolvido gradualmente por meio da investigação e da observação a respeito de como as pessoas aprendem tanto fora como dentro das instituições educativas, quando o atuar e o aprender livremente está permitido. Vem sendo formulado pelo Centro Especial de Investigação em Teorias e Práticas Superadoras de Desigualdades (CREA) da Universidade de Barcelona/Espanha e tem como autores bases, Habermas e Freire, entre outros.

A aprendizagem dialógica é o resultado do diálogo igualitário; em outras palavras, é a consequência de um diálogo em que diferentes pessoas usam argumentos baseados em pretensões de validade e não de poder. A aprendizagem dialógica pode acontecer em qualquer situação do âmbito educativo e leva um importante potencial de transformação social. Foi proposto inicialmente com a intenção de transformar as formas de aprendizagem de pessoas adultas, ou seja, a aprendizagem tradicional, proporcionando um aprendizado que considerasse as competências comunicativas que possuem todas as pessoas (AUBERT, FLECHA, GARCÍA, FLECHA, RACIONERO, 2010).

As elaborações de Habermas (1987) sobre a ação comunicativa e nas elaborações de Paulo Freire (1997, 2001) sobre a dialogicidade, entre outros autores se configuram a base para a definição do conceito de aprendizagem dialógica. Iniciaremos nossa compreensão acerca da Teoria da Ação Comunicativa, a qual segundo Gómez (2006) está em consonância com o novo modelo de sociedade do século XXI, a Sociedade da Informação ou Sociedade do Conhecimento, que prioriza a habilidade humana para a seleção e processamento da informação, a partir de reflexões e interações entre as pessoas.

Isso não cabe somente a aprendizagem escolar, mas também ao aprendizado que ocorre no cotidiano das vidas das pessoas, entre elas e com os diversos contextos como na relação profissional-usuário/a. Entretanto, apesar de estarmos vivenciando em uma sociedade da informação, existe a exclusão que esta mesma sociedade impõe as pessoas, ou seja, o conhecimento escolar e o acadêmico são utilizados como um código para distinguir quem sabe o que é melhor para os outros, desqualificando as pessoas que não o dominam, ou ainda quando uma determinada cultura não é semelhante ou não é a dominante (MELLO, 2002).

De acordo com o CREA (1995-1998, p.7), “[...] apesar desta exclusão, existem as competências comunicativas, as quais todas as pessoas possuem, entendidas como aquelas que nos permitem comunicar e atuar em nosso entorno, somando-se às acadêmicas e práticas que nos faz coordenar ações através de consensos”. É importante frisar que todas as pessoas de qualquer idade têm capacidades para linguagem e ação que podem ser desenvolvidas através de interações.

Assim, a Teoria da Ação Comunicativa foi construída com o intuito de elaborar uma teoria para interpretar as ações humanas, que parte do princípio que “la racionalidad tiene menos que ver con el conocimiento o con la adquisición de conocimiento que con la forma en que los sujetos capaces de lenguaje y de acción hacen uso del conocimiento” (HABERMAS, 1987, p. 24).

Giddens citado por Habermas (1987) estabelece a concepção de que todas as pessoas têm a mesma capacidade para refletir e analisar suas vidas e experiências, então, o que pode fazer diferença é a capacidade de desenvolver esta reflexão na forma verbal. Para superar isso, Puigvert (2001a) mostra que o processo reflexivo precisa ultrapassar o nível individual, sendo necessária a comunicação e o diálogo, os quais possibilitam a troca de experiências para que surjam novas alternativas, nas quais estejam todas representadas.

Para que possamos compreender a aprendizagem dialógica, é preciso tecer alguns aspectos básicos que sustentam a Teoria da Ação Comunicativa proposta por Habermas (1987). Primeiramente, Habermas (1987) traz uma compreensão dual da sociedade – sistemas e mundo da vida - e a reformula no sentido comunicativo. Sistema é entendido como a racionalização do mundo da vida, sustentado pela alteração dos valores morais, fazendo uma crítica à sociedade capitalista, regida pelo mercado. O sistema emerge separado da cultura, da sociedade e da personalidade. Habermas (1987) revela uma separação entre sistemas (processo de racionalização) e mundo da vida. Num primeiro momento, há uma dissociação no qual o sistema vai ganhando autonomia, se desacoplando do mundo da vida e num segundo momento, o mundo sistêmico invade os espaços da vida privada. O sistema é regido pela razão instrumental (agir com relação a fins), incorporada nas

relações hierárquicas (poder político) e de intercâmbio (economia) em contraposição à ação orientada para o entendimento, presente no mundo da vida.

De acordo com o CREA (1995-1998), o sistema não determina os sujeitos e sim o processo histórico de criação que é produzido pelos próprios sujeitos. O sistema é regido por pretensões de poder, sendo considerado um erro extrapolar o funcionamento do sistema a todos os âmbitos sociais. Tentando reformular estes conceitos, Habermans (1987) utiliza-se do conceito de mundo da vida formulado por Schutz, o qual reflete a comunicação, na qual os sujeitos se põem de acordo em condições de igualdade para atuar baseando-se nas pretensões de validade.

Antes de entendermos acerca do mundo da vida é preciso compreender os três mundos que Habermas faz referência: **o mundo objetivo**, o qual se refere às coisas materiais, e é idêntico para todas/os, refere-se à natureza externa e ao estado de coisas existentes; **o mundo social** que se refere às normas vigentes, aos valores e opiniões compartilhados intersubjetivamente; e o **mundo subjetivo**, que é interno, somente o sujeito tem acesso a ele, refere-se à totalidade das vivências subjetivas que o sujeito tem, à expressão dos desejos e sentimentos. São os três mundos que se constituem o sistema de referência que os sujeitos se põem de acordo no processo de comunicação, caracterizando o mundo da vida. (HABERMAS, 1987)

Então, o mundo da vida é aquele sobre o qual os participantes entendem-se entre si, durante a interação e discutem suas operações interpretativas, no qual cada um dos sujeitos parte do seu mundo da vida. Portanto, o conceito de mundo da vida diz respeito à relação que se estabelece entre estes três mundos (objetivo, social e subjetivo) (HABERMAS, 1987).

Assim, isso significa que não podemos reduzir a racionalidade às emissões e manifestações verdadeiras ou falsas, eficazes ou ineficazes, pois assim estaremos considerando somente um dos mundos, é muito mais do que isso: “Não chamamos racional somente quem faz uma afirmação e é capaz de defendê-la frente a um crítico, mas também a quem expressa um desejo, um sentimento, um estado de ânimo e é capaz de comportar-se de forma coerente com o dito” (GABASSA, 2006, p. 86).

Esta visão de mundo, segundo Puigvert (2001-a), permite ver as pessoas como um produto de tradições e, ao mesmo tempo como iniciadora dos atos, com capacidade de criação, transformação e inovação na orientação do curso das suas próprias vidas. Entretanto, a maioria das práticas culturais considera somente o mundo objetivo que coincide com os parâmetros da cultura acadêmica e hegemônica. Este mundo objetivo, quando se relaciona com o mundo subjetivo e social

distorce o processo de comunicação e de criação cultural, transfigurando seus produtos em favor da mistificação e da imposição cultural.

É importante destacar e entender que cada pessoa é agente integrante, produtora e transformadora da sociedade, sendo que a realidade é uma construção social que depende da interação entre as pessoas e da construção dos significados estabelecidos coletivamente mediante a interação com os mundos objetivo, social e subjetivo, o que Habermas (1987) denomina de intersubjetividade.

Utilizando-se destes referencias, Cherfen (2009) coloca que isso implica dizer que esta interação faz com que constatemos que não nos educamos e aprendemos sozinhos, mas em comunicação, ou seja, a minha transformação é indissociável da transformação de quem está diretamente comigo. Isso faz com que compreendemos que todas as pessoas possuem capacidades reflexivas, o que lhes permite produzir práticas próprias, e conseqüentemente modificar as estruturas sociais.

Ao agir no mundo ou comunicar-se, cada sujeito o faz a partir dos três mundos e para isso utiliza-se de linguagem e ação, as quais são os meios pelos quais os sujeitos e a realidade se conectam e se produzem mutuamente. É neste sentido que Habermas discute os diferentes tipos de ação exercidos pelos sujeitos no mundo (MELLO, 2008). Assim tem-se:

**Ação Teleológica:** se caracteriza quando o sujeito elege um fim, definindo uma meta para uma dada situação e para isso define os melhores meios para atingir seus objetivos. O conceito central desta ação, segundo o autor é de uma decisão entre alternativas de ação endereçada à realização de um propósito e esta ação pressupõe um só mundo, o mundo objetivo. A ação teleológica se amplia e se converte em ação estratégica quando o cálculo que o sujeito faz para chegar ao seu êxito interfere nas expectativas das decisões de outros sujeitos que também atuam com vistas à realização de seus próprios propósitos. (HABERMAS, 1987). Assim, o resultado desta ação se faz através da cooperação de sujeitos, na medida em que isso possa encaixar nas perspectivas individuais de cada um dos participantes.

**Ação Normativa:** se caracteriza pelo comportamento dos membros de um grupo social que orienta suas ações com base em valores sociais comuns. Esta ação não se refere ao comportamento de um ator solitário que atua em seu entorno com outros atores. Então, pressupõe a relação de dois mundos, o objetivo, ou seja, o estado de coisas existentes e o social, a qual pertence o mesmo sujeito enquanto mergulhado em um conjunto de saberes que garantem interações reguladas por normas. Então, o sujeito age da maneira com que age devido aos valores por eles

interiorizados a partir das normas vigentes. “(...) Estas normas só adquirem força motivadora da ação na medida em que os valores materializados nelas representem padrões conforme os quais se interpretam as necessidades no círculo de destinatários das normas, e que os processos de aprendizagem tenham se convertido em padrões de percepção das próprias necessidades” O conceito central da ação normativa é o “cumprimento de uma expectativa generalizada de comportamento” (HABERMAS, 1987, p. 129, 123).

**Ação Dramatúrgica:** esta ação se refere aos participantes em uma interação constituída de um para o outro, um público perante o qual se colocam em cena a si mesmos. Não faz referência a nenhum sujeito solitário ou a um grupo social. Segundo Cherfen (2009, p. 67), esta ação “corresponde à noção que temos de quem nos escuta e assim dimensionamos a nossa fala para quem escuta”. O conceito central para Habermas (1987, p. 124) é a autoescenificação, a qual representa a construção de determinada imagem de si que o ator suscita em seu público, não como um comportamento “expressivo espontâneo”, mas como uma estilização da expressão das próprias vivências, tendo em vista os expectadores.

**Ação Comunicativa:** o conceito de ação comunicativa proposto por Habermas (1987) refere-se à interação de ao menos dois sujeitos capazes de linguagem, compreendida como meio de entendimento, em que falantes e ouvintes se referem a partir do horizonte pré-interpretado do seu mundo da vida; e ação que os sujeitos começam uma relação interpessoal. Estes buscam entender-se acerca de uma situação de ação para poder assim, construir acordos em comum para seus planos de ação. O conceito central aqui é o da interpretação, que se refere principalmente à negociação das definições da situação susceptíveis de consenso.

Cherfen (2009, p. 67) traz que esta é uma ação composta por relações intersubjetivas que se orientam para o entendimento e o consenso. O meio de interlocução para o entendimento é a linguagem, no qual os falantes e ouvintes se referem, utilizando para isso o mundo da vida, algo do mundo subjetivo, do mundo objetivo e também social, para negociar situações que podem ser compartilhadas por todos/as. A linguagem é importante neste cenário, uma vez que é através desta que os sujeitos estabelecem relação com o mundo de um modo reflexivo, compartilhando interpretações e entendimento. “Dessa forma, temos que na ação comunicativa os mundos objetivo, social e subjetivo são construídos pela intersubjetividade”.

Gabassa (2006) destaca que a ação comunicativa não pode ser reduzida a conversação, pois não é apenas falar, ou seja, palavra vazia, mas corresponde às operações interpretativas dos sujeitos na interação, visto que diálogo não é apenas palavra, mas também ação.

Isso faz com que a ação comunicativa represente a união entre comunicação e mundo da vida, sendo, ao contrário das demais formas de ações na comunicação, uma relação verdadeira de diálogo, na qual as pessoas podem expor seus argumentos e tentar chegar num acordo, possibilitando, portanto, a construção de uma sociedade mais igualitária.

Neste contexto de ação, a qual pressupõe entendimento, compartilhamento, consenso e reflexão fazem-se necessário que os participantes mobilizem seu potencial de racionalidade, a qual ultrapassa as relações de poder. Esta racionalidade, baseada nas relações de poder, Habermas denomina de racionalidade instrumental, ou seja, os sujeitos fazem uso do saber para alcançar os fins que desejam e planejam. Desta forma, segundo Puigvert (2001-a) existe a possibilidade de manipular os sujeitos em defesa dos interesses que não são seus. No caso desta pesquisa, isso pode caracterizar, por exemplo, a relação que os profissionais estabelecem com as mães que desmamam seus filhos precocemente, ou seja, uma relação de cobrança, de culpabilização e de superioridade sobre os conhecimentos que estas têm.

Ao contrário destas relações, Habermas (1987) expõe a racionalidade comunicativa, na qual existe o diálogo e a busca de consensos entre as pessoas, ou seja, em um contexto intersubjetivo se trata de construir acordos por meio do diálogo. Este tipo de racionalidade considera que os sujeitos através da linguagem, atuam no mundo expressando um saber e este saber que cada indivíduo possui é resultado dos mundos objetivo, social e subjetivo.

A construção de consensos e busca de entendimento se dá a partir do diálogo, o qual deve partir de uma situação ideal de fala, na qual todas as pessoas se situem em um plano igualitário. As mais privilegiadas não se aproveitem de sua situação ou categoria social de poder para favorecer aqueles resultados mais convenientes e, que normalmente ficam longe das prioridades das mulheres sem títulos universitários. Assim, os sujeitos, em especial, as mulheres asseguram o cenário comum de suas vidas, o mundo da vida que intersubjetivamente compartilham e se produz um entendimento comunicativo, que gera ações, fazendo com que todas sejam protagonistas de suas vidas e de suas próprias transformações. É através deste diálogo igualitário que as mulheres encontram espaços solidários em que são valorizados o que elas propõem, onde aprendem a defender seus argumentos e também entendem as razões das demais mulheres e conseqüentemente enriquecem seus conhecimentos. (PUGVERT, 2001a)

E para que o entendimento funcione como mecanismo coordenador da ação, é preciso que os participantes na interação se coloquem de acordo com a validade que pretendem para suas emissões ou manifestações, recorrendo intersubjetivamente às pretensões de validade com que



se apresentam uns aos outros. Entretanto, não existem somente as pretensões de validade, temos as pretensões de poder, ambas partem de bases diferentes, as primeiras se fundamentam nos argumentos e a segunda no poder. Habermas (1987) traz que às pretensões de poder aplicam o argumento da força e as de validade, a força dos argumentos. Sendo assim, a chave para se chegar a um entendimento são os argumentos, que não podem ser impostos, a partir de um critério de autoridade e sim na argumentação.

Assim é importante a compreensão e diferenciação destes dois aspectos: argumentação e argumentos. O primeiro, segundo Habermas (1987), tem por objetivo produzir argumentos pertinentes, que confirme suas pretensões de validade e no caso dos argumentos, estes são os meios que podem levar a um reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade.

Entretanto Puigvert (2001-a) acredita que, com muita frequência as mulheres, em especial são submetidas a uma relação autoritária com a equipe de profissionais, os quais na maioria também são mulheres e aproveitam das relações de poder para conseguir alguns interesses que poucas vezes coincidem com os das participantes. Isto nos levou a refletir que, em algumas ocasiões, as mulheres poucas vezes conseguem estabelecer um diálogo e expor suas pretensões de validade, uma vez que são barradas pelas pretensões de poder dos profissionais de saúde.

Finalizando as elaborações acerca da ação comunicativa, destacamos que os sujeitos com seus movimentos transformam algo no mundo. E existem diferentes movimentos com os quais os sujeitos atuam no mundo; os movimentos em que os sujeitos intervêm no mundo (atuam instrumentalmente) e os movimentos em que os sujeitos incorporam um significado (se expressam comunicativamente) (HABERMAS, 1987). É nesta perspectiva do expressar-se comunicativamente no mundo, que o autor sugere transformar uma sociedade tão rígida e instrumental em uma sociedade solidária e comunicativa.

Tais conceitos e elaborações mudam a perspectiva de submissão dos sujeitos ao sistema para total independência dos mesmos, fomentando uma visão de sujeitos que participam e atuam no contexto social, por meio da ação comunicativa. Isso faz com que possamos assumir que todos têm condições de compreender o contexto vivido e as motivações de ação. (MELLO, 2002)

É nesta mesma direção que as obras de Paulo Freire contribuem para construção do conceito de aprendizagem dialógica. Freire esteve sempre preocupado em transformar contextos autoritários e de pobreza em contextos mais democráticos e igualitários, trabalhando por várias décadas em ações educativas e na divulgação de suas idéias. O conceito de dialogicidade teve seu

ápice em sua obra da Pedagogia do Oprimido de 1970, na qual ele discorre sobre alguns conceitos essenciais para a aplicação da dialogicidade. (MELLO, 2002)

O início deste conceito se deu a partir do diálogo, que implica em palavra, mas não uma palavra vazia, uma vez que deve estar presente nela a ação e a reflexão de forma solidária e interdependente. A palavra inautêntica, ou seja, aquela em que não se pode transformar a realidade é uma palavra oca, da qual não se pode esperar denúncia, “pois não há denúncia verdadeira sem compromisso de transformação, nem este sem ação” (FREIRE, 2005, p. 44) Também não pode haver ação sem a reflexão proporcionada pela palavra; “ação por ação, ao minimizar a reflexão, nega também a práxis verdadeira e impossibilita o diálogo”.

Para Freire (2005, p. 45), “O diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu”. O diálogo é o caminho pelo quais os homens e mulheres ganham significação enquanto homens\*. Por isso, o diálogo é uma exigência existencial, é nele que se encontram o solidarizar-se, o refletir e o agir de sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não podendo ser um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se uma simples troca de idéias.

E para que este diálogo aconteça, Freire (2005) aponta alguns elementos fundamentais, imbricados entre si:

❖ **Amor:** não há diálogo sem o amor pelo mundo e aos homens, sendo assim o amor é diálogo. Portanto, não pode fazer parte de relações de dominação; o amor é compromisso com os homens, é comprometer-se com a causa da libertação, do compromisso, porque é amoroso, é dialógico.

❖ **Humildade:** onde não há humildade, não há diálogo, pois a falta de humildade ou a auto-suficiência não permite que os povos se aproximem.

❖ **Fé:** para haver diálogo é preciso que os sujeitos acreditem em sua capacidade, no seu poder de fazer e refazer, de criar e recriar.

❖ **Confiança:** o diálogo se faz em uma relação horizontal, em que a confiança é fundamental, pois ela torna as pessoas companheiras em suas pronúncias no mundo.

❖ **Esperança:** tem sua raiz na medida em que os seres humanos se conscientizam de que são imperfeitos e inconclusos e conscientes disso vivem na eterna busca e esta se faz através do diálogo

---

\* Esta denominação refere-se aos seres humanos, englobando assim os homens e as mulheres.

Freire (2005) relata que para que se estabeleça o diálogo como forma de entendimento e implique em produção de conhecimento é imprescindível a existência destes elementos descritos anteriormente. Nas palavras de Cherfen (2009), no clima dialógico as pessoas sabem por que perguntam e tem a capacidade de compreender a resposta, ou seja, dialogar não é tagarelar, é uma busca crítica.

É a partir da compreensão destes conceitos da ação comunicativa e da dialogicidade, que os autores, FLECHA, (1997); AUBERT; FLECHA; GARCÍA; FLECHA; RACIONERO; (2010) ampliam a discussão da aprendizagem dialógica, explicitando os sete princípios que derivaram destes conceitos:

❖ **Diálogo igualitário:** Diz-se assim quando as falas dos participantes são valorizadas a partir da validade de seus argumentos e não pela posição que eles ocupam (grau de escolaridade, sexo, idade classe social.). Isto proporciona a participação de todos os sujeitos envolvidos no diálogo. Então “vão se construindo novas compreensões e consensos em benefício de todos. Os conhecimentos se complementam e a aprendizagem pela compreensão das razões da diversidade transforma-se em característica positiva do processo” (MELLO, 2002, p 13).

Segundo Cherfen (2009), no diálogo igualitário o argumento de diferentes pessoas é igualmente respeitado e validado. Um exemplo muito corriqueiro é quando se considera o argumento das pessoas que possuem mais estudos, os quais já dominam cotidianamente, em igualdade com o argumento de outra pessoa sem estudo universitário e/ou de menor poder aquisitivo, mas que parte de seu mundo da vida na elaboração de seus argumentos.

❖ **Inteligência Cultural:** Todos têm a capacidade de ação em diferentes contextos e de adaptação a novas situações, se movem, decidem e se comportam diferentemente em um novo meio. E no diálogo é que se encontram diferentes maneiras de pensar e se pôr diante de situações, proporcionando a construção de novas compreensões e alternativas (MELLO, 2002). Segundo Cherfen (2009) isso é possível graças à inteligência cultural que todos possuem, a qual deriva dos aprendizados construídos nos contextos de vida e das relações. Para Habermas (1987), a inteligência cultural é que contempla a pluralidade das interações humanas.

O conceito de inteligência cultural integra as inteligências práticas e acadêmicas. A inteligência prática é referente aquele aprendizado desenvolvido no contexto de vida dos sujeitos, enquanto que a inteligência acadêmica é aquela adquirida no contexto escolar, sendo caracterizada por ser descontextualizada e que trata de conteúdos não necessariamente compartilhados ou conhecidos por todos (MELLO, 2002).

Para a autora, o contexto acadêmico é e sempre foi considerado como superior e excludente dos outros contextos. Mas é preciso ampliar e difundir a inteligência cultural, para que haja transferência das capacidades de outros contextos para o espaço acadêmico e para que isso aconteça. Flecha (1997) coloca algumas condições fundamentais para estender a inteligência cultural a estes contextos, tais como: a autoconfiança interativa (reconhecimento por parte do grupo das capacidades de cada um dos participantes), transferência cultural (trazer as conversas informais para o espaço acadêmico) e criatividade dialógica (as diferentes contribuições manifestadas pelos participantes geram grandes aprendizados).

❖ **Transformação:** Quando se compartilha pontos de vista e se discute conjuntamente as formas de resolver certas situações através do diálogo direcionado pela validade dos argumentos; estabelece-se um processo de transformação interna, em cada sujeito e a transformação externa, a qual tem por objetivo buscar benefícios para todos. “O aprendizado dialógico transforma as relações entre as pessoas e seu entorno” (FLECHA, 1997, p 28). Segundo Mello (2002) é exatamente a descrença na transformação que o CREA critica nos pós-modernos e nos estruturalistas, ambos com visão pessimista sobre as possibilidades de mudanças na sociedade, acreditando que não exista uma alternativa a cultura universal que vivemos. Contudo, Paulo Freire (1995/1997, p. 67) pensou, viveu e agiu diferentemente por que acreditou que “as pessoas não são seres de adaptação e sim de transformação”.

As palavras de Cherfen (2009, p 77) revelam o quanto se deve valorizar a transformação e como ela produz uma evolução social. “A transformação ocorre conforme as pessoas percebem-se valorizadas como pessoas que sabem e podem aprender mais, passando à criação cultural. Isso transforma profundamente sua condição pessoal e, assim, suas relações familiares e no trabalho”.

❖ **Dimensão instrumental:** Quando se fala em aprendizado dialógico não se pode excluir os conhecimentos técnicos e científicos e sim somá-los aos conhecimentos e habilidades que se considera necessário possuir. A diferença é que os objetivos e procedimentos não são decididos à margem das pessoas, escondendo nas razões técnicas, os interesses excludentes de uma minoria. O aprendizado dialógico abarca todos os aspectos que culminam ao aprendizado e só faz intensificar e aprofundar o aprendizado instrumental. (FLECHA, 1997)

Somado a estes tipos de conhecimento, a reflexão se destaca, a qual é “imprescindible para comprender con profundid las tareas a realizar y para tener creatividad em la construcción de nuevas respuestas a los problemas que se van planteando” (FECHA, 1997, p. 33).

Segundo Cherfen (2009) por meio do diálogo igualitário que se torna possível fomentar uma intensa reflexão, pois é preciso compreender os argumentos alheios, formular e apresentar os nossos próprios argumentos, o que estimula o aprendizado instrumental. Assim, esta dimensão aparece como instrumento de diálogo e mobilidade, uma vez que o conhecimento instrumental é eixo de poder e instrumento de luta em nossa sociedade.

❖ **Criação de sentido:** Tanto na sociedade industrial como na sociedade da informação, houve um domínio do sistema sobre as pessoas, até nos aspectos mais íntimos. Os meios, dinheiro e poder ameaçam a converter a vida em um produto a mais da evolução técnica. “La humanidad va a afrontar en el futuro el reto de recrear el sentido de su existencia en un universo cada vez más informacionico” (FLECHA, 1997, p 35). A perspectiva dialógica faz com todos possam sonhar, sentir e dar sentido a sua existência. É a partir do diálogo igualitário entre todos que pode ressurgir o sentido, que orienta as transformações sociais em favor de uma vida melhor.

❖ **Solidariedade:** O que se presencia na sociedade da informação em que vivemos é denominado por Flecha (1997, p.38) como “dualización social”, a qual impõe a seleção dos melhores e a exclusão do resto. Este pensamento foi denominado pelo autor de “pensamiento antihumanista”, responsável por incentivar as relações antiigualitárias, tais como as políticas neoliberais que visam manter o poder de alguns sobre outros.

O conceito de solidariedade, presente na prática da aprendizagem dialógica vem contrariar este pensamento, visando a construção de relações igualitárias que priorizam a participação de todos e a formulação de propostas coletivas que melhorem as condições de vida de todas as pessoas e não de uma minoria selecionada. Cherfen (2009) coloca que a solidariedade nasce na medida em que se torna evidente sua vantagem, ou seja, em que se percebe que, juntos, se pode saber, construir e ser mais. E esta solidariedade se efetiva com o esforço de buscar e aprender conjuntamente, superando os problemas de fato.

Para Flecha (1997), envolvidos pela solidariedade, afirmamos que a democracia, a igualdade, a paz e a liberdade sexual são muito mais desejadas que a ditadura, as desigualdades, a guerra e a violência.

❖ **Igualdade de diferenças:** O aprendizado dialógico se orienta afirmando que a verdadeira igualdade inclui o mesmo direito de todas as pessoas viverem de forma diferente, ou seja, cada participante é diferente do resto, faz suas próprias interpretações e reflexões e são respeitados por isso. Isso faz com que seja um direito de todos aprenderem o que necessite e deseje

e não o lhe é imposto. Porém, Cherfen (2009) pontua que em meio a tantas exclusões, nem sempre temos as mesmas oportunidades de escolher ser diferente e por isso não é possível considerar todas as pessoas iguais, sem refletirmos sobre as diferenças.

FLECHA (1997) coloca que a partir da aprendizagem dialógica, a igualdade não faz sentido sem estar ao lado da diferença, uma vez que, a igualdade sozinha promove a homogeneização das pessoas, favorece as diferenças isoladamente e evidencia as desigualdades, naturalizando-as e responsabilizando os sujeitos sobre estas. Isso acaba por silenciar as vozes excluídas que lutam por igualdade de direitos.

Assim, a partir destes sete princípios, a aprendizagem dialógica serve à denúncia dos “muros antidialógicos” que temos produzido no contexto neoliberal da globalização e da sociedade da informação e, também, ao anúncio de formas para superá-los (FLECHA, 1997). Os “muros antidialógicos” correspondem aos diferentes tipos de exclusão, sendo eles: *culturais*, responsáveis por desqualificar a maior parte da população julgada como incapaz de se comunicar com os saberes socialmente valorizados ou dominantes; *sociais*, impostas à população de modo a impedir que participe da produção do conhecimento acadêmico, limitando tais experiências educativas a alguns setores de posição social, gênero, etnia e idade; e *personais* aqueles a partir de histórias de vida que geram auto-exclusão e acabam por impedir que estas pessoas usufruam dos bens culturais.

É por meio das transformações das situações pessoais e coletivas que se pode derrubar estes muros. É importante destacar que todos os coletivos têm inteligência cultural, a qual faz superar as discriminações classistas, racistas, sexistas ou edistas que tendem a promover a exclusão. As relações humanas tendem ao diálogo, mas também acabam por gerar empecilhos que não favorecem o diálogo. Os sujeitos produzem constantemente recursos que favorecem a comunicação e, ao mesmo tempo, impõe dificuldades a outros. Isso acontece igualmente com a sociedade, ou seja, as tecnologias da informatização abriram a possibilidade de conexão com qualquer lugar do mundo, mas também construíram barreiras para aquelas que não têm acesso a mesmas. (FLECHA, 1997)

Fundamentando-se nesta orientação comunicativa que se apresenta a seguir a teoria do feminismo dialógico, perspectiva que, na investigação realizada com as mulheres que desmamaram precocemente seus filhos, fez-se fundamental para a compreensão das conquistas e dificuldades que se apresentaram às estas mulheres no processo de desmame e da amamentação propriamente dita.

## O Feminismo Dialógico

Lídia Puigvert (2001a) foi quem construiu a teoria do feminismo dialógico, a qual surge em consonância com os princípios da aprendizagem dialógica, apresentando uma tentativa de buscar um caminho de superação das relações de opressão sofridas pelas mulheres, mas também na relação de opressão entre as mulheres. Tal feminismo é pensado a partir da ação coordenada das mulheres, sem discriminação de nível de estudo, geração, classe social e raça/etnia, na luta por direitos para mulheres, incluído o direito ao atendimento de necessidades específicas da vida feminina, nos diferentes grupos, gerações e culturas.

O feminismo foi no século XX, um dos movimentos sociais mais importantes. As mulheres através de suas reivindicações estão conquistando espaços que haviam sido tomados por motivos de gênero e alcançando uma voz que, no século XXI ninguém mais se atreve a questionar. Entretanto, estes movimentos estão sendo hegemonizados pela minoria das mulheres, as que possuem títulos universitários. (PUIGVERT, 2001a)

Foram muitas as experiências teóricas e práticas que contribuíram para teorizar o que se denominou de feminismo dialógico, juntamente com projetos de investigação. Foi a partir dos setes princípios do aprendizado dialógico que surgiu o debate dialógico do feminismo. Este é um movimento que Puigvert (2001a) denomina das “outras mulheres”, ou seja, superar o discurso hegemônico das mulheres universitárias e incluir a pluralidade das vozes, assim como reconhecer as aspirações de mulheres de diferentes níveis acadêmicos e culturais.

O que levou Puigvert (2001a) a pensar este movimento foram as modificações que vem se sucedendo ao longo da história, na qual as mulheres têm demonstrado uma capacidade para auto-organização em defesa de seus interesses e necessidades frente a determinadas situações de exclusão. Em um contexto mais geral, a autora refere que se seguem mantendo as desigualdades de gênero, a luta das mulheres para superá-las requer abordagens teóricas progressistas baseadas em práticas transformadoras. Os valores baseados nestas abordagens progressistas são: igualdade, liberdade e solidariedade.

Puigvert (2001a) coloca que o feminismo não deve ser encarado como sendo uma conquista somente das teóricas feministas e que ser feminista está relacionado com nossas vidas, de todas as mulheres com experiências de humilhação e submissão, com lutas para combater as desigualdades decorrentes do poder e com direitos de construir novas formas de vida mais democráticas. Assim, todas as mulheres com ou sem títulos universitários podem ser feministas e

compreender o feminismo como a luta coordenada por todas elas, com a finalidade de superar as situações de exclusão pela condição de ser mulher.

O feminismo dialógico surgiu da modificação da modernidade tradicional, a qual se caracterizou pela supremacia da razão e da verdade absoluta com o surgimento das grandes teorias e práticas que orientavam o curso da história e da vida das pessoas segundo os critérios de um grupo reduzido de pessoas. A modernidade trouxe muitos direitos às mulheres, o direito à educação, direito ao voto, à inserção ao mundo do trabalho, entre outros. Entretanto, ainda prioriza grupos dominantes sobre os dominados e a situação social, o fator idade e etnia se converteram em fatores excludentes. Isso fez com que o círculo elitista começasse a fechar suas portas e selecionasse quem devia integrar-se ao movimento feminista. Neste contexto, as mulheres acadêmicas se apropriaram da luta de muitas outras silenciadas e se converteram em agência humana de suas transformações, ao invés da transformação das outras, ou seja, uma luta feminista que girava em torno das suas próprias necessidades. (PUIGVERT, 2001b).

Assim, segundo Puigvert (2001a) trata-se do uso instrumental destas silenciadas para o benefício daquelas mulheres em situação social privilegiada. As “outras mulheres” se converteram em objetos manipuláveis e acrílicos, a quem era preciso abrir os olhos. Esta realidade elitista, homogenizadora e manipuladora em que a modernidade acabou se caracterizando é que provocou sua crise. Frente a esta realidade, surgiram dois tipos de alternativas ou correntes: as que aboliam os princípios da modernidade e destituíam o papel da agência humana, no caso da mulher, como promotora de estratégias de mudanças, as chamadas correntes pós-moderna; e as que buscam soluções para a crise da modernidade e que acreditam nas ações das mulheres para transformar o curso da história, as denominadas correntes dialógicas da modernidade.

Para entender as características do feminismo dialógico, é importante que analisemos as distintas fases que o movimento passou. A primeira fase do feminismo foi denominada de feminismo da igualdade e defendia a igualdade dos direitos e oportunidades. Entretanto este movimento surgiu de um grupo reduzido que pensava e decidia por todas, que consideravam suas preocupações elitistas como preocupação de todas (PUIGVERT, 2001a). Baseando-se em Puigvert (2001a), Cherfen (2009) coloca que tal concepção era considerada homogeneizadora da igualdade, visto que somente algumas mulheres (as acadêmicas) consideravam-se portadoras dos valores progressistas. Pretendeu integrar as mulheres como se todas fossem iguais, desconsiderando os diferentes conhecimentos e reduzindo a igualdade de oportunidades. A crítica de Puigvert (2001b, p 33) é que “la modernidad se convirtió en un proyecto totalizador donde una pequeña



minoría se sentía portadora de la verdad”. Verdade que está concentrada nas mãos de poucos líderes, os quais se esqueciam de temas importantes que afetavam todas as mulheres, até o momento silenciadas. O feminismo dessa fase desconsiderava que todas as mulheres tinham capacidades para refletir sobre suas transformações.

A segunda fase do feminismo, denominada de feminismo da diferença, Puigvert (2001b) destaca a influência das correntes pós-modernas e surgiu como crítica ao conceito de igualdade homogeneizante, negando as regras masculinas para todas as mulheres. Destaca as identidades femininas a partir das diferenças, defendendo uma mulher mais autônoma, centrando-se nas diferenças entre mulheres e homens e entre elas mesmas. O debate deste feminismo destaca primeiramente as preferências sexuais e identidades familiares e, mais tarde a diversidade de etnias, sexualidades e classes, contra um único modelo de ser mulher. A crítica de Puigvert (2001b, p.167) a essa fase é que reconhece unicamente as diferenças, podendo aumentar as desigualdades, uma vez que reivindica a afirmação das “sensações e desejos individuais como as melhores vias para desenvolver um novo feminismo livre de imposições”.

A terceira fase do feminismo, que corresponde ao feminismo da diversidade, protagonizada por feministas mais jovens, defendia a diversidade no feminismo como forma de libertação das mulheres. De acordo com as participantes desta fase, o que lhes unem não é a idade e sim a solidariedade e a confiança em radicalizar os valores democráticos da sociedade atual. (PUIGVERT, 2001b).

Observa-se, assim, que o feminismo dessas últimas tendências passou por uma fase de monopólio de mulheres acadêmicas, as quais consideram as outras mulheres como tradicionais, ou até mesmo, submissas. É a partir destas reflexões que Puigvert (2001a, p. 168) desenvolveu a teoria do feminismo dialógico, seguindo o desejo de radicalizar os valores democráticos no feminismo, a partir do igual direito que todas as pessoas têm de “ser e viver de forma diferente”.

De acordo com Cherfen (2009), é por isso que o feminismo dialógico preocupa-se em incorporar as mulheres no diálogo sobre a igualdade, sobre os diferentes modos de ser mulher, sobre suas necessidades e interesses, reafirmando a mulher como protagonista social e, fazendo com que cada uma possa escolher como quer que seja sua vida e suas escolhas e seja respeitada por isso. Parte da concepção que não existe uma maneira única de ser mulher e que compartilhar distintas experiências é enriquecedor para as mulheres, desde a teoria à prática. De acordo com a autora, neste feminismo a proposta é que as mulheres possam ser autônomas e independentes, apoiando-se e podendo compartilhar com outras mulheres suas idéias, para, assim, iniciar as transformações dos

contextos e das relações. Este compartilhamento deve ser baseado em relações mais satisfatórias, livres e igualitárias, ampliando as expectativas, acordando as normas com as pessoas que rodeiam cotidianamente.

Nesta investigação, tal perspectiva fez-se fundamental para a compreensão das conquistas e das dificuldades que se apresentam às mulheres que vivenciam o processo de desmame de seus filhos, bem como ao respeito no diálogo das relações entre a pesquisadora e as mães, sem que houvesse tentativa de colonização dos conhecimentos, mas que ambas as partes envolvidas pudessem refletir juntas a respeito deste processo e construir soluções solidárias para apoiar a vivência de desmame precoce de outras mulheres. A perspectiva do feminismo dialógico é pertinente ao tema do desmame precoce e também da amamentação, uma vez que denuncia a postura em que a sociedade, a academia e os profissionais estão lidando com o tema, ou seja, a valorização somente dos conhecimentos instrumentais, a repressão às mulheres que desmamam seus filhos precocemente, sem antes mesmo de ouvi-las.

Somado ao feminismo dialógico e contribuindo para o diálogo entre mulheres, apresentamos a Metodologia Comunicativa Crítica, a qual, na busca pela reflexão e intersubjetividade no processo da pesquisa, em muito contribuiu para a coerência buscada neste processo de investigação realizado com mães que vivenciaram o processo de desmame precoce.

### **Metodologia Crítica Comunicativa**

A metodologia comunicativa crítica (MCC) vem sendo desenvolvida desde a década de 1990, pelo CREA da Universidade de Barcelona/Espanha, com o intuito de gerar uma proposta metodológica que permita às pessoas expressarem a sua própria subjetividade, sem que se sintam “ameaçadas ou desqualificadas” (CREA, 1995-1998, p. 58).

A intenção da MCC é estudar os significados e as intenções das ações humanas a partir das perspectivas das próprias pessoas, entendendo que as ações e os fenômenos sociais são construídos basicamente pelos indivíduos, considerando a ação como uma conduta humana a qual os sujeitos vinculam um sentido subjetivo, sendo este o significado característico desta conduta. Então, esta metodologia, ao buscar a compreensão e interpretação da realidade social e não somente sua descrição ou explicação, faz emergir situações em que não é relevante a relação causa-efeito, nem a distância “científica” entre sujeito e objeto da investigação e sim conhecer como os sujeitos constroem a realidade social e a qualificam (GÓMEZ et al, 2006).

A MCC tem suas bases teóricas nas perspectivas transformadoras, evidenciadas principalmente pela intersubjetividade e reflexão, buscando superar a dicotomia objeto/sujeito e acreditando na capacidade de linguagem e ação que todas as pessoas possuem. (CHERFEN, 2009)

Portanto, segundo Gabassa (2006) a escolha da Metodologia Comunicativa Crítica representa não apenas uma escolha metodológica em si, mas uma opção e um compromisso diante das desigualdades vividas no mundo. Trata-se de uma escolha enquanto cidadã, professora, pesquisadora no mundo. Uma escolha não só de denúncia da realidade, mas de anúncio de novas possibilidades, de compromisso com a transformação da realidade que não é apenas investigada, mas também vivida e compartilhada.

Assim como Habermas (1987) contribuiu com a ação comunicativa para a formulação da metodologia comunicativa, Freire (1994- 2005) subsidiou a perspectiva dialógica, ao propor captar e refletir as interpretações nos contextos habituais. Segundo o CREA (1995/1998) estes dois autores constituem a principal fundamentação para esta metodologia, uma vez que a ação comunicativa e o diálogo são elementos essenciais na construção do conhecimento e, são também elementos chaves da transformação social.

Baseando em Gómez et al (2006), Cherfen (2009) aponta que os principais objetivos desta metodologia são: construir significados e conhecimentos de forma comunicativa por meio da interação e do diálogo; potencialidade da ação comunicativa para a transformação de contextos sociais; favorecer a reflexão e a auto-reflexão; romper com o desnível interpretativo das pesquisas habituais; responder a questão de pesquisa a partir da perspectiva dos/as participantes e permitir dialogar diferentes interpretações, dentre outros.

Entre as pessoas investigadas se cria uma situação interativa de diálogo e de negociação, que gera autoconsciência da realidade social e capacidade para tomar decisões a favor de transformá-las. A MCC é participativa, pretende não somente descrever os problemas e sim gerar conjuntamente com a comunidade os conhecimentos necessários para definir as ações adequadas a favor da melhora da realidade social. É uma metodologia que requer uma interação horizontal, que busca uma situação ideal de diálogo, em que se encaminhe para o entendimento que deve ser regido pelas pretensões de validade. É esta relação de igualdade que o feminismo dialógico também propõe, ou seja, que os pensamentos e as reflexões das “outras mulheres” sejam reconhecidos em condições de igualdade, em vez de serem seqüestrados e suas palavras serem apropriadas pelas acadêmicas. (PUIGVERT, 2001a, p. 51).

Mello (2002) coloca que há uma experiência comunicativa entre falante e ouvinte no processo de investigação e que esta compreensão é evidenciada por dois conceitos presentes nesta metodologia de pesquisa: o de postura realizativa e o de ruptura do desnível interpretativo. O primeiro conceito se refere à postura do pesquisador, a qual não deve ser de omissão como ocorre na maioria das investigações, entretanto seu posicionamento também não é o de destaque, de especialista, então sua posição é em plano de igualdade com os demais.

O conhecimento sobre os terremotos desenvolveu toda uma engenharia que nos ajuda a sobreviver a eles. Não podemos eliminá-los, mas podemos diminuir os danos que nos causam. Constatando, nos tornamos capazes de intervir na realidade, tarefa incomparavelmente mais complexa e geradora de novos saberes do que simplesmente a de nos adaptar a ela. É por isso também que não me parece possível nem aceitável a posição ingênua ou, pior, astutamente neutra de quem estuda, seja o físico, o biólogo, o sociólogo, o matemático, ou o pensador da educação. Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. Não posso estar no mundo de luvas nas mãos constatando apenas (FREIRE, 2000, p 37)

Já o segundo conceito menciona que todos são capazes de interpretar e explicar as situações vividas, havendo somente a diferença de interpretação entre participantes e pesquisadores. Segundo Habermas (1987) é uma diferença de função e não de estrutura, ou seja, os participantes se envolvem no diálogo com a intenção de chegar a um consenso para orientar suas ações, e os pesquisadores para descrever e interpretar os fatos.

A MCC é capaz de incorporar as vozes das pessoas participantes na pesquisa desde o começo ao fim, na qual a criação do conhecimento científico se dá pela validação do discurso acadêmico e do popular. De acordo com Gómez; Palomar (2009, p 108) “no tiene más razón quien mejor utiliza las estrategias y recovecos del discurso para crear un lenguaje tecnicista pero vacío de contenido y ajeno a la realidad que quiere interpretar”. Nesta metodologia o conhecimento deve ser resultado de um diálogo incorporador de todos os saberes e pontos de vistas; importante no mundo global em que se vive, aberto a comunicações de todas as formas, no qual existe uma riqueza enorme de detalhes e complexidades. A única maneira de acrescentar nosso conhecimento é trabalhando conjuntamente, compartilhando solidariamente saberes, formas de fazer e de agir.

Puigvert (2001a) coloca que esta perspectiva, para o movimento de mulheres, baseada em dinâmicas dialógicas está se potencializando nos últimos tempos. Suas ações coletivas estão ajudando a superar determinadas situações e abordagens desiguais, mobilizando as mulheres de todos os níveis sociais; tanto as acadêmicas como as que não possuem títulos universitários estão sendo precursoras destas atuações.

Assim, baseando-se nos princípios da aprendizagem dialógica, a MCC é um tipo de metodologia que, ao analisar e interpretar a realidade assume uma série de postulados, dentre os quais temos: universalidade de linguagem e da ação (capacidade que qualquer pessoa tem em se comunicar e interagir, sendo estes atributos universais de cada um); as pessoas são agentes sociais transformadores (todas as pessoas constituem agentes transformadores de seus contextos); racionalidade comunicativa (se contrapõe a racionalidade instrumental, acreditando na capacidade de linguagem e ação que as pessoas possuem); sentido comum (é o sentido subjetivo que depende da experiência da vida, a qual se dá no próprio contexto cultural); não há hierarquia interpretativa (a validade dos pressupostos interpretativos é de igual valor entre as pessoas investigadas e o próprio investigador, que não outorga seu papel de intérprete científico); igual nível epistemológico (todas e todos apontam as suas interpretações e experiências, buscando consensuar os argumentos) e conhecimento dialógico (construído a partir da comunicação e do diálogo entre as pessoas e grupos) (GÓMEZ, et al 2006).

A MCC também compreende três ordens: ontológica (qual a natureza da realidade?), a epistemológica (como se conhece a realidade?) e metodológica (como se procede a pesquisa da realidade?). Com relação à dimensão ontológica, esta metodologia vê a realidade com sendo uma realidade natural e também social, ou seja, além da objetividade que a compõe, existe os significados que os sujeitos lhe atribuem na interação; a chave epistemológica neste caso é a intersubjetividade e o diálogo permite conhecer a realidade e construir o conhecimento de forma comunicativa (GÓMEZ, et al, 2006).

Para fazer valer a perspectiva comunicativa da MCC e superar as desigualdades que existem no âmbito da realização das pesquisas acadêmicas, tanto as técnicas de coleta de dados como a própria análise e interpretação dos mesmos devem partir do diálogo entre iguais, no qual as pretensões de validade e não de poder estejam na base das relações, ou seja, as interpretações devem ser construídas comunicativamente entre participante e pesquisador e não de maneira instrumental (MELLO, et al, 2008).

Para isso, a perspectiva analítica fundamental é a identificação das dimensões exclusoras ou aquelas que se colocam como dificultadores e as dimensões transformadoras ou aquelas que promovam a superação das desigualdades, tendo em vista os objetivos da democracia e justiça social. Estes eixos de análise são próprios da MCC, uma vez que estimula que os sujeitos consigam identificar as situações de exclusão, dimensionando os avanços e as dificuldades que enfrentam no seu cotidiano, buscando superar as desigualdades nas suas práticas sociais (PEREIRA,

et al, 2010). Diante disso, Cherfen (2009) revela que é imprescindível buscar junto aos sujeitos da pesquisa, o que já realizam de transformador, bem como o que ainda precisa ser trabalhado para a melhoria de suas práticas cotidianas.

A idéia é educarmos o nosso olhar enquanto pesquisadoras/es para aprendermos com os coletivos, os elementos da realidade já estabelecidos, podendo fortalecê-los e, ainda, contribuindo para tornar visível aos grupos, quais ações daquela realidade estão se constituindo obstáculos pra a conquista dos almejados objetivos (CHERFEN, 2009, p 89).

A partir de tais pressupostos, a MCC requer que a organização da pesquisa e os instrumentos de coleta e de análise dos dados tenham uma orientação comunicativa independentemente da natureza qualitativa ou quantitativa. Portanto, devem favorecer a participação dos sujeitos e o uso de diferentes formas de registro, visando interpretar conjuntamente com os sujeitos participantes, a realidade pesquisada. (GÓMEZ, et al, 2006)

Estas características não implicam nenhuma renúncia do/a pesquisador/a de seus conhecimentos, mas a sua apresentação e compartilhamento com o grupo. A equipe de pesquisadores/as tem a responsabilidade científica de “cumprir os critérios estabelecidos pela comunidade científica internacional”. A relação igualitária não é entendida no sentido de possuir conhecimentos iguais, mas sim de “compartilhar o que cada um possui, baseando-se em argumentos apresentados e não na posição de poder” (GÓMEZ, et al, 2006, p. 46).

Salienta-se que este processo de diálogo dos saberes, por meio da participação das pessoas, aumenta a reflexividade, a criatividade e o rigor científico da análise, uma vez que o/a investigador/a se vê obrigado a rever suas interpretações, a reler o que sabe e revisar muitas questões que aparecem como novas: “por meio do diálogo e reflexão chega-se à ciência, à profundidade científica, à rigorosidade e ao conhecimento” (BRAGA, 2007, p. 42). Tal rigor científico advém dos vários olhares sobre a mesma realidade: investigador/a e participantes; e pela validação dos dados pelas/os participantes.

O nosso testemunho, pelo contrário, se somos progressistas, se sonhamos com uma sociedade menos agressiva, menos injusta, menos violenta, mais humana, deve ser o de quem, dizendo não a qualquer possibilidade em face dos fatos, defende a capacidade do ser humano de avaliar, de comparar, de escolher, de decidir e, finalmente, de intervir no mundo. (FREIRE, 2006, p 29).

A teoria da ação comunicativa de Habermas se faz muito relevante para a área da saúde, bem como para a enfermagem, pois proporciona a construção de uma prática orientadora de um cuidado holístico no atendimento prestado junto ao ser humano. O trabalho, em especial do

enfermeiro, exige além das suas competências técnicas, que este demonstre interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade. Portanto, faz-se necessário que este profissional desenvolva uma habilidade refinada de comunicação, para o exercício da escuta e da ação dialógica. (MACHADO et al, 2005)

É essencial no campo da enfermagem que os profissionais exercitem a capacidade de compreender e entender o ser humano diante de suas complexidades, dimensões amplificadas, sabendo ouvir e, ao intervir, fazê-lo com ações compreensivas e humanizadas. É neste sentido que o agir comunicativo proposto na ação comunicativa de Habermas se faz muito presente em nosso meio profissional, uma vez que nos capacita para aprender as manifestações da realidade dos indivíduos, ultrapassando a superficialidade de um simples atendimento e caminhando para a compreensão ampliada de sua história de vida (MACHADO et al, 2005).

É muito comum os profissionais na área da saúde e, especificamente a enfermagem fazerem uso somente da racionalidade instrumental em suas condutas e isso se evidencia pela imposição do enfermeiro, por exemplo, através da concepção de que o domínio da verdade reina como absoluto, coibindo o outro de expor suas emoções e pontos de vistas (MACHADO et al, 2005). Portanto, as contribuições de Habermas ao proporem a racionalidade comunicativa, se caracterizam por uma abordagem dialógica que inclui os saberes, pensamentos e atitudes dos outros.

É importante destacar que o trabalho de enfermagem também exige os conhecimentos e habilidades técnicas, mas que para produzir um atendimento diferenciado deve exercitar outras competências humanas para conduzir uma consulta interativa entre o enfermeiro e o seu assistido, sem a adoção de práticas coercitivas, punitivas e de verticalização das condutas adotadas (MACHADO et al, 2005).

Muitas vezes, os profissionais da enfermagem, se veem incapazes de solucionar certos problemas, nos quais nossas técnicas não são suficientes para resolver o que aflige as pessoas. Esta sensação de incapacidade pode surgir, segundo Gonçalves (1999), da penetração da racionalidade instrumental nas ações humanas interativas, que ao produzir um esvaziamento da ação comunicativa e, ao reduzi-la à sua própria estrutura de ação, gerou, no homem contemporâneo, formas de sentir, pensar e agir. Estas formas são fundadas no individualismo, no isolamento, na competição, no cálculo e no rendimento, que estão na base dos problemas sociais, mostrando que o

saber técnico instrumental não se faz útil sozinho, os problemas tem suas raízes também em outros campos mais complexos e que precisam ser considerados.

É importante considerar o sujeito com um todo, em toda sua complexidade que o diferencia de todos os demais animais. Isso porque, segundo Minayo (1991), ele envolve, ao mesmo tempo, as relações sociais e o social propriamente dito, as expressões emocionais e afetivas, assim como o biológico que, em última instância, se expressa por meio da saúde e da doença, das condições e das razões sócio-históricas e culturais de indivíduos e grupos.

Portanto, a Teoria da Ação Comunicativa construída por Habermas se mostra bastante coerente com a prática da enfermagem e, possui inúmeras contribuições para a construção de uma assistência diferenciada e mais igualitária, humanizada e dialógica. Esta possibilidade, não está dada automaticamente, depende da vontade e da atuação concreta dos atores envolvidos e interessados para chegar a um consenso de que a melhor prática/ação de saúde é aquela que todos aderem de forma consciente, compartilhada e confiante.



## **CAPÍTULO 3 O CAMINHO METODOLÓGICO REALIZADO COM AS MÃES QUE DESMAMARAM PRECOCEMENTE.**

---

### **3.1 Local de pesquisa**

A pesquisa foi realizada no município de Itirapina, no interior do estado de São Paulo. O município tem uma população de 15.528 habitantes e tem em suas dependências três unidades básicas de saúde, sendo duas unidades de saúde da família. Uma destas unidades, a Unidade de Saúde da Família Jardim dos Indaiás, foi inicialmente o local escolhido para busca das mães que desmamaram precocemente. A escolha tanto da cidade como do local a ser realizada a pesquisa ocorreu devido à facilidade de acesso as mães, uma vez que este era o local de trabalho da pesquisadora, portanto, a proximidade, a confiança e o vínculo com as mães já estavam fortalecidos, requisitos estes importantes para a realização da pesquisa segundo o referencial teórico metodológico escolhido e, que por isso ser enfermeira da unidade de saúde da família em que algumas das mães fazem parte, não foi um elemento deletério e tampouco trouxe viés para esta pesquisa.

### **3.2 Caminho ao encontro das mães que desmamaram precocemente e a construção dos instrumentos de coleta de dados.**

Entretanto, a partir da busca das mães na área abrangida pela unidade de saúde da família em que a pesquisadora trabalhava como enfermeira, foi encontrado um número muito reduzido de mulheres nas condições definidas para serem participantes, logo foi expandido a pesquisa para o município todo, tendo assim apoio das unidades de saúde e da comunidade no encontro destas mães.

As mães participantes da pesquisa foram indicadas pelas próprias mulheres da comunidade e por profissionais da saúde que trabalhavam nas unidades de saúde, que conheciam as mães que haviam desmamado seus filhos antes do seis meses de vida do bebê. Assim, foram vários encontros com a comunidade como no grupo de ginástica, nos atendimentos nas unidades, nos diálogos com os profissionais, que as mães participantes deste estudo foram encontradas.

Primeiramente foi construído um pré-roteiro com questões referentes ao aleitamento materno e desmame precoce. Este pré-roteiro (Apêndice 2) foi elaborado de acordo com a experiência e conhecimentos prévios da pesquisadora sobre o tema, roteiro este que seria aplicado nas entrevistas individuais.

Dado a necessidade de ouvir outras mulheres e assim compartilhar saberes, elaboramos um roteiro intermediário (Apêndice 3) com questões gerais de aleitamento materno e desmame precoce. A aplicação deste instrumento tinha como objetivo dialogar com mulheres da comunidade e profissionais de saúde sobre o que perguntariam para as mulheres que desmamaram precocemente e também pedir indicação de mulheres que pudessem conhecer e que estavam nesta situação. Este diálogo com as mulheres da comunidade e com os profissionais de saúde pode ampliar o pré-roteiro, a partir da construção intersubjetiva do que seria importante dialogar e refletir sobre aleitamento materno e desmame precoce. Assim, após a contribuição das mulheres da comunidade e dos profissionais de saúde, o pré-roteiro ampliado foi denominado de roteiro definitivo (Apêndice 4), sendo este utilizado nas entrevistas. Assim, a participação dos profissionais e das mulheres da comunidade deu-se para a construção compartilhada do roteiro a ser aplicado nas entrevistas individuais e na busca das mães que desmamaram precocemente.

Seguindo um dos pressupostos da Metodologia Comunicativa Crítica (MCC) (GOMEZ et al, 2006), a universalidade da linguagem e ação se refere à necessidade de usar um tipo de linguagem que leve ao entendimento e elimine as distorções, portanto foi imprescindível a participação de mulheres da comunidade, mesmo que não tenham vivenciado o processo do aleitamento materno, para auxiliar na formulação do roteiro definitivo da pesquisa.

Os princípios da MCC propõem formas de coleta e análise de dados que permitam o exercício da postura realizativa do pesquisador e a ruptura do pressuposto da hierarquia interpretativa, utilizando para isso instrumentos de coleta de dados como: grupo de discussão comunicativo, relatos comunicativos de vida cotidiana, entrevistas em profundidade e observações comunicativas.

A MCC nos traz grandes desafios enquanto investigadores/as, como, por exemplo, a exigência de sempre dizer o que realmente pensamos para a pessoa que está participando da investigação. É difícil colocar-se inteira na relação, disposta a um diálogo verdadeiro e igualitário, a partir do qual se deve dialogar e não somente “anotar”, como normalmente se faz em outras metodologias. (GABASSA, 2009)

A principal preocupação com relação às técnicas de coleta de dados da MCC é que as mesmas proporcionem espaços de diálogo entre iguais, no qual as pretensões de validade e não de poder seja a base das discussões. (MELLO, 2008). Gómez et al (2006) colocam que este diálogo igualitário o qual se estabelece, não significa que o investigador renuncia aos seus saberes científicos e, sim os compartilha em plano de igualdade com as participantes.

O primeiro encontro para aplicação deste roteiro intermediário foi no grupo de ginástica composto 6 por mulheres que era realizado em um centro comunitário próximo de uma unidade de saúde da família. Antes de iniciar as atividades, sentamos em uma roda e foi explanado acerca da pesquisa, dos objetivos e da metodologia e o roteiro serviu como um guia para o diálogo. As mulheres contaram suas experiências prévias com o aleitamento materno, suas dificuldades, identificaram mulheres na comunidade que estavam vivenciando a experiência do desmame precoce e elaboraram questões pertinentes a serem incluídas nas entrevistas individuais. As informações deste encontro eram anotadas em um diário de campo e o encontro durou aproximadamente 30 minutos.

O diário de campo, segundo Braga (2007) corresponde a um diário aberto composto por observações, reflexões, interpretações e explicações próprias da pesquisadora a partir do diálogo com as participantes da pesquisa. Conforme explicitado acima, este instrumento foi utilizado nos encontros com a comunidade e com os profissionais para elaboração do roteiro a ser aplicado nas entrevistas e também se anotava as informações das mães que desmamaram indicadas pelas outras mulheres e pelos profissionais.

Outros momentos de construção intersubjetiva do roteiro definitivo para as entrevistas foram durante a realização das consultas de enfermagem para o exame de citologia oncológica, na sala de espera da unidade de saúde da família e nas reuniões de equipe com os profissionais presentes. Em alguns momentos as contribuições foram de forma individual e outras coletivas. Assim, como no grupo de ginástica as contribuições eram anotadas em um diário de campo.

Estes encontros possibilitaram duas grandes conquistas, a elaboração do roteiro definitivo para as entrevistas em profundidade individuais, alocando as questões trazidas pelas mulheres e a localização das mães que desmamaram precocemente seus filhos. Assim, esta pesquisa teve contribuição de 12 mães que residiam em diversos bairros de Itirapina e como critério de inclusão o desmame precoce foi considerado antes de o bebê ter completado seis meses de vida, mas que não tenha transcorrido mais de três meses do desmame, devido ao possível esquecimento

de informações. A saturação dos dados foi o método que nos guiou para finalizarmos com um total de 12 mães entrevistadas.

A entrevista em profundidade foi um dos instrumentos utilizados para coletar os dados nesta pesquisa. Este instrumento permite conhecer acerca dos significados que as participantes dão a suas vidas, seus sentimentos, pensamentos e intenções. Estas interpretações se constroem a partir da relação dialógica entre investigador/a e os participantes. Trata-se de um processo cooperativo de entendimento, em que ambas as pessoas, pesquisador e participante, utilizam-se dos seus próprios pressupostos na compreensão do mundo da vida, no qual o pesquisador traz seus conhecimentos científicos sobre o tema pesquisado que se contrasta com as vivências e saberes do participante (GOMEZ, et al, 2006).

### **3.3 Coleta dos dados**

A coleta dos dados ocorreu durante o período de 2010 à 2011 e para isso foi explicado as mães previamente o objetivo da pesquisa e suas contribuições por meio do diálogo que permitirá o aprofundamento das suas interpretações, interações e teorias que reflitam o mundo da vida. A todo o momento é importante preservar o máximo da interação mediante a manifestação da disposição do pesquisador através da acolhida, aceitação e concordância, além disso, as entrevistas devem ser realizadas em contextos naturais da vida cotidiana dos entrevistados (CREA, 1995-1998).

O contato para a realização das entrevistas com as mães foi feito pessoalmente ou por telefone, assim foi agendado um primeiro encontro em local e horário escolhido por elas. Neste primeiro encontro, a mãe, a família (se presente) e a pesquisadora se conheciam, estabelecia-se um vínculo; os objetivos, a metodologia, a trajetória da pesquisa foi compartilhada com as mães, assim como a forma de participação delas na pesquisa. No primeiro contato foi pactuado que seria preciso mais que um encontro para que a pesquisadora trouxesse os dados coletados para realizar uma análise conjunta. Foi mencionada a possibilidade da ocorrência do grupo de discussão comunicativo com todas as mães participantes da pesquisa.

Este projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CAAE: 0472.0.000.135-10/Parecer nº 269/2010) (Anexo 2), e somente após a sua aprovação é que se iniciou o período de coleta de dados. Para tanto, o (a) participante assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1)

redigido conforme os padrões estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, bem como foi esclarecido todas as questões éticas envolvendo este tipo de pesquisa.

Após esta fase de ambientação e de estabelecimento de vínculo, foi dado início as entrevistas. Antes das entrevistas foi aplicado um questionário (Apêndice 1) com questões relacionadas ao perfil socioeconômico, antecedentes de gestação, filhos, antecedentes da amamentação e informações sobre a amamentação atual.

A entrevista era mais direcionada às mães, mas houve vários momentos em que outros integrantes da família participavam do diálogo com a mãe. Todas as entrevistas aconteceram nas residências das mulheres, local de escolha delas. As entrevistas foram gravadas em áudio, após o consentimento das mães e da família e foram guiadas pelo roteiro definitivo (Apêndice 4).

O diálogo foi estabelecido em um clima de conforto e confiança e possibilitou a livre troca de saberes. Muitas vezes após as entrevistas a pesquisadora voltava a literatura científica para investigar algum assunto que desconhecia, trocava informações com a orientadora, e aos poucos foi percebendo que o saber científico não era suficiente para conhecer uma realidade social.

Após a primeira entrevista, os relatos foram transcritos pela pesquisadora e organizados em quadros destacando os fatores transformadores e excludores para superação do desmame precoce, alocando os recortes das falas dentro destes aspectos. Foi combinado um segundo encontro com as mães, no qual foi levado a elas os quadros elaborados por temáticas, nos quais se destacam as falas diretamente com indicação dos elementos transformadores e dos excludores e também as primeiras interpretações construídas pela pesquisadora dentro das temáticas. Neste segundo encontro as informações adicionais foram anotadas no diário de campo para serem posteriormente integradas aos quadros finais e a realização do grupo de discussão comunicativo foi pactuada com as mães. Gómez et al (2006, p.81) colocam a importância da realização deste segundo encontro: “uma vez analisado os relatos, é conveniente ter um segundo encontro para consensuar os resultados, ampliar e aprofundar os aspectos que se considere necessário, assegurando a validade das interpretações”. Neste tipo de metodologia, segundo Gabassa (2009), tudo é analisado e consensuado intersubjetivamente, para a elaboração da análise final. A intenção é a de que ambos (pesquisador/a e participante) possam apresentar argumentos racionais sobre cada temática e chegar a um consenso de interpretação daquela realidade estudada.

O segundo momento de coleta e de análise conjunta dos dados ocorreu com 10 mães, uma vez que uma mãe depois de várias tentativas de contato demonstrou desinteresse em

permanecer na pesquisa e a outra era usuária de droga e foi internada em um hospital de referência para iniciar tratamento. Entretanto, mesmo com a não continuidade das mães na pesquisa, estas contribuíram com as entrevistas individuais, por isso não foram computadas como perdas.

A partir da finalização destas duas etapas foi realizado o grupo de discussão comunicativo, que teve a participação de 2 mães. Todas as mães foram convidadas antecipadamente pessoalmente e, por telefone e a princípio manifestaram interesse em participar. O local escolhido para a realização do grupo foi de fácil acesso, foi preparado um ambiente para receber as mães com as crianças, um café da tarde e havia transporte para buscá-las. Como já havia passado alguns meses do segundo encontro, muitas mães já haviam retornado ao trabalho com o término da licença maternidade de quatro meses, o que pode ter dificultado a participação no grupo de discussão.

O grupo de discussão comunicativo é válido, mesmo até com a participação de uma pessoa, uma vez que esta pessoa representa a comunidade em que vive e, assim sua contribuição reflete a vida de outras mulheres. Segundo Puigvert (2001-a), as pessoas são produtos de tradições e, ao mesmo tempo iniciadora de seus atos, por isso, mesmo um só integrante garante a validade dos assuntos discutidos.

O grupo de discussão teve a duração de 1 hora e 30 minutos pactuados com as duas mães presentes, foi gravado em áudio com o consentimento das mesmas e seguiu um roteiro (Apêndice 5) elaborado após as análises das entrevistas com temas relacionados ao aleitamento materno e desmame precoce que seriam melhores esclarecidos na discussão coletiva. As participantes alocaram seus argumentos e chegaram a consensos e dissensos Apesar do pequeno número de mães, o grupo trouxe novas contribuições e esclarecimentos de temas que haviam sido abordados nas entrevistas. Foi entregue as mães uma cartilha da mulher que amamenta elaborada pelo Ministério da Saúde, a qual continha os direitos da mulher lactante no trabalho.

O propósito do grupo surge para confrontar a subjetividade individual com a grupal, colocando em contato diferentes pessoas, experiências, pontos de vistas, entre outros. Ele é apropriado para os estudos que pretendem descrever e compreender as percepções sobre uma determinada situação. O grupo é uma conversa cuidadosamente planejada, desenhada para obter informações sobre um determinado tema, em um ambiente permissivo e não diretivo. O grupo geralmente é composto por seis a oito pessoas, guiados por um moderador em um clima relaxante, confortável e satisfatório para as pessoas participantes. (GOMEZ et al, 2006).

Para que o grupo aconteça a partir da ação comunicativa, tanto o investigador como os participantes adotam uma atitude de falantes e ouvintes que se entendem entre si sobre uma

situação. Deste modo é o próprio grupo que orienta o conteúdo do diálogo, e o investigador tem a função de dinamizar e facilitar com a responsabilidade de que o grupo não fuja do objeto acordado. (CREA, 1995-1998)

### **3.4 Compreendendo e discutindo a análise dos dados**

A análise qualitativa é um processo pelo qual há a identificação das unidades básicas do conhecimento cultural que os participantes possuem; explorar as categorias das tais unidades e buscar as relações para teorizar o fenômeno do estudo. Procede-se fragmentando a informação em unidades de sentido ou significado e assim facilita a busca dos tipos, classes, seqüências, processos, etc. (GÓMEZ et al, 2006)

O modelo de análise é regido pelos postulados da metodologia comunicativa e compreende diferentes níveis de análise que se concentram em um quadro ou matriz de análise da informação. Este é um processo que se organiza em torno dos componentes propostos por esta metodologia que são as dimensões exclusoras e transformadoras e os tipos de manifestações da linguagem, que são as interpretações e interações e outros componentes tais como: transcrição da informação, sua codificação, a descrição e a interpretação das mesmas e os resultados e conclusões. (GÓMEZ et al, 2006)

Assim, nossa análise foi baseada considerando previamente estas duas dimensões: as exclusoras, consideradas aquelas barreiras que algumas pessoas ou coletivos encontram e que lhe impedem incorporar uma prática ou benefício social e as dimensões transformadoras são as que contribuem para superar estas barreiras. A identificação destas dimensões se constitui um passo prévio para a concretização das ações superadoras que são o foco das investigações com a utilização da metodologia comunicativa (GÓMEZ et al, 2006). Os passos na análise das informações a partir da metodologia comunicativa são descritos por Gómez et al (2006, p 97): “la transcripción de la información, su codificación y agrupación, y la descripción e interpretación de la misma”.

Antes de iniciarmos a compreensão acerca das etapas da análise dos dados propriamente dita, é importante destacar que a coleta e análise dos dados se deram conjuntamente e essencialmente com a participação das mães, por meio do diálogo igualitário entre ambos. Nesta pesquisa, após a realização das entrevistas ou relatos comunicativos, como coloca Gómez et al (2006), foi realizada um análise prévia e construção de categorias prévias. De posse desses dados, voltamos ao ambiente de coleta junto aos participantes para a validação ou a interpretação coletiva

entre o pesquisador com seu arcabouço de conhecimentos científicos e as participantes com seus conhecimentos adquiridos a partir da vivência na realidade social, na qual cada pessoa parte do seu mundo da vida e todas as pessoas são capazes de ação e reflexão.

Utilizando a metodologia comunicativa parte-se do entendimento de que, quem investiga pode ter percepções ou idéias preconcebidas sobre a realidade das pessoas que estão se investigando, portanto a necessidade do consenso, o que faz com que a análise seja ampliada ou modificada a partir da interação com as pessoas participantes. (GOMEZ et al, 2006).

De acordo com o autor acima, primeiramente faz-se a transcrição das informações recolhidas por meio das diferentes técnicas de coleta de dados; é importante construir uma ficha técnica que contenha informações sobre aspectos concretos como o perfil dos participantes. Após esta etapa, se faz a codificação das informações, a qual serve para localizar com facilidade as unidades de análises selecionadas.

Estando decididas as unidades de análises, se faz necessário realizar o agrupamento destas conforme a estrutura do quadro ou matriz de análise, de forma que cada célula desta matriz contenha as unidades que pertençam a mesma categoria, subcategoria, dimensão ou tipo de manifestação de discurso. Uma vez agrupadas as informações, segue a descrição e análise das mesmas. Descrevem-se as interpretações feitas pela equipe de pesquisadores, sua relação com as teorias sociais e educativas e sua correspondência com os objetivos e/ou hipóteses de pesquisa. (GOMEZ et al, 2006).

Isso proporciona a elaboração de um primeiro informe, na forma de comentários gerais que se apresentam as pessoas participantes da pesquisa. Esta é a volta do pesquisador ao encontro com sua fonte de coleta e interação, o que proporciona momentos de intensa reflexão, troca de conhecimentos e conseqüentemente validação dos achados pela própria fonte. O objetivo deste encontro não é somente constatar os achados, mas também clarificar as dúvidas e aprofundar aspectos que estejam superficiais ou que não foram analisados suficientemente. (GOMEZ et al, 2006)

A informação coletada admite diferentes níveis de análises, sendo um básico e outro avançado. Nesta pesquisa nos atemos ao nível básico de análise, que é composto pelas categorias e as dimensões de análise; as categorias se cruzam com as dimensões exclusoras e transformadoras proporcionando a interpretação do fenômeno. (GOMEZ et al, 2006)

É importante destacar que, em todas as técnicas de coleta utilizadas, a análise final dos dados coletados foi feita intersubjetivamente, ou seja, numa troca entre pesquisadora e



participantes, na busca de um consenso sobre a realidade investigada. O destaque feito ao final de cada quadro síntese quanto ao número de elementos e de menções refere-se à diferença que possa existir entre o número de elementos transformadores ou excludores e o número de falas ou parágrafos/frases comunicativos.

Seguindo a análise de Gabassa, (2009), o número de elementos remete à quantidade de fatores transformadores ou excludores destacados em cada quadro a partir das falas. Já o número de menções refere-se à quantidade de falas apresentadas pela pessoa participante, isto é, de parágrafos ou frases comunicativos. Essa diferenciação foi feita porque, em alguns momentos, as pessoas participantes fazem uma única fala a partir da qual é possível destacar diversos elementos, sejam transformadores ou excludores e, em outros momentos, apresenta diversas falas (parágrafos ou frases) que remetem a um mesmo elemento. Nesse sentido, o número de elementos não corresponde diretamente à quantidade de falas destacadas nos quadros.

A partir da compreensão do processo de análise tendo como pressuposto a orientação comunicativa, os quadros elaborados retratam os objetivos propostos nesta pesquisa. Assim, o quadro modelo abaixo exemplifica a alocação das pré-categorias dentro das dimensões excludoras e das dimensões transformadoras. Este quadro foi utilizado tanto para alocar as contribuições das entrevistas, como também do grupo de discussão comunicativo.

	<b>Aleitamento materno/desmame precoce</b>
<b>Elementos que se colocam como excludores</b>	
<b>Elementos Transformadores</b>	

### 3.4.1 Passos da análise e interpretação dos dados

O procedimento utilizado para a realização da análise das entrevistas e do grupo de discussão comunicativo foi o mesmo. Os passos seguidos são apresentados da seguinte maneira:

1. Elaboração de um pré-roteiro (Apêndice 2) pelo pesquisador para as entrevistas individuais;
2. Agregando novas contribuições advindas de mulheres da comunidade de profissionais do município ao pré-roteiro das entrevistas por meio de um roteiro intermediário (Apêndice 3);
3. Elaboração do roteiro definitivo (Apêndice 4)
4. Aplicação do questionário (Apêndice 1) e realização das entrevistas individuais – gravação em áudio;
5. Transcrição na íntegra das entrevistas, feita pela pesquisadora;
6. Audição, conferência e correções da transcrição;
7. Atribuição de um número a cada mãe participante (como, por exemplo, Mãe 1);
8. Leitura exhaustiva dos dados pela pesquisadora;
9. Identificação de parágrafos (ou frases, no caso das mães) comunicativos;
10. Identificação de trechos referentes a fatores transformadores e excludores, considerando-se os princípios da metodologia comunicativa crítica, por meio de uma marcação na transcrição com T, para aspectos transformadores, E, para os excludores, e R para recomendações explícitas;
11. Montagem dos quadros iniciais (Apêndice 6) com as dimensões: transformadora e os excludores, sendo um quadro para cada mãe; Este quadro continha as falas das respectivas mães alocadas nas dimensões.
12. Realização dos segundos encontros individual com as mães com compartilhamento dos quadros iniciais, no qual as mães apontavam novas contribuições e havia a validação da análise elaborada pela pesquisadora – anotação em diário de campo;
13. Reconstrução dos quadros iniciais alocando as novas contribuições das mães decorrentes do segundo encontro;
14. Realização do grupo de discussão comunicativo (Apêndice 5) – gravação em áudio;

15. Compilação dos quadros iniciais em um quadro final com as contribuições de todas as mães participantes, quadro este organizado em pré-categorias alocadas nas dimensões transformadoras e as exclusoras identificados nas entrevistas individuais, no segundo encontro com as mães e no grupo de discussão comunicativo; As pré-categorias foram elaboradas da junção dos significados das falas, a partir da visão da pesquisadora.

16. Anotação de número de menções (falas) e de elementos dentro de cada uma das dimensões no quadro final.

17. Leitura de todo o material e produção de uma lista de recomendações implícitas e explícitas nas falas que demonstrem os aspectos que possam levar a superação do desmame precoce.

18. Construção das categorias

## **CAPÍTULO 4 RESULTADOS: DIÁLOGO ENTRE MÃES E PESQUISADORA**

### **4.1 Análise do perfil das participantes**

Neste item foram abordadas as características das participantes da pesquisa. Ao utilizar “perfil das participantes” estamos considerando elementos tais como: idade materna, situação conjugal, grau de escolaridade, situação atual, de trabalho materno, paridade, histórico da amamentação do filho atual. Estes dados foram coletados a partir de um questionário pré-elaborado (Apêndice 1) por pares da comunidade científica. Entretanto, nem todos os dados coletados no questionário foram analisados para o presente estudo. O Microsoft Office Excel 2007 foi o programa utilizado para realizar a análise descritiva do perfil socioeconômico das mães que desmamaram precocemente.

Com relação à idade das mães, temos três grupos: 42% têm até 22 anos, 42% têm de 23 a 29 anos e 16% têm 30 anos ou mais, portanto prevaleceram as mães mais jovens. Ao abordar o estado civil das mães, temos que 42% são casadas, 33% são amasiadas 17% são solteiras e 8% são separadas, portanto prevaleceram as mães casadas. O nível de escolaridade das mães foi: 59% possuem ensino médio/técnico completo, 33% possuem ensino médio/técnico incompleto e 8% possuem ensino fundamental incompleto, portanto as mães apresentaram um bom nível de escolaridade com predomínio do ensino médio/técnico. Na realização da pesquisa, a maioria das mães tinha somente 1 filho (75%) e não trabalhava fora de casa (67%).

Diante da exposição destes resultados podemos concluir que o perfil se caracteriza por: jovens com idade variando de 20 a 29 anos, casadas (42%), a maioria possuía ensino médio técnico completo (59%), a grande parte das mães não trabalhavam fora de casa (67%) e eram primíparas (75%).

Estas características também foram encontradas em outros estudos que tinham como amostra mães que desmamaram precocemente. Issler et al (2010) entrevistaram 12 mães, sendo que 9 delas tinham até 25 anos de idade, duas eram adolescentes e duas tinham acima de 30 anos de idade, porém o grau de escolaridade, diferentemente do presente estudo, era baixo com poucos anos de estudo.

Revimales et al (2010) em revisão sistemática com a temática do desmame precoce, ao compararem a idade das mães que desmamaram precocemente nos estudos analisados, observaram que a maioria das entrevistadas tinha entre 15 e 19 anos. No que diz respeito ao estado

civil, as mulheres solteiras apresentaram condições que podem dificultar a amamentação e mulheres com maior nível educacional amamentam mais nos primeiros meses e valorizam mais o aleitamento materno, questão que não coincidente com o presente estudo.

#### **4.2 Diálogo entre pesquisadora e mães: aspectos transformadores e excludores no processo da amamentação e do desmame.**

Este item retratou as falas das mulheres-nutrizes e revelou como elas experienciaram o processo de amamentar e desmamar. Desta análise foram identificadas as pré-categorias e posteriormente as categorias ilustradas a seguir.

Em alguns momentos utilizamos a denotação de saber e em outros, a da compreensão. Assim, entendemos que o saber implica o subjetivo, mas com uma direção externa, que parte do social e do mundo objetivo, já a compreensão implica forte presença dos outros e de quem está diretamente junto, os quais se põem a entender juntos. No presente estudo, também utilizamos os termos crença e mito. O primeiro é entendido como algo que não existem evidências na literatura que negue ou comprove, e o mito é um conhecimento social equivocado que tem evidências científicas, mas não é validado por elas.

O quadro abaixo retratou as pré-categorias elaboradas do agrupamento das falas das mães, dentro dos eixos das dimensões transformadoras e das excludoras. Dados estes compilados a partir da visão da pesquisadora dado as dificuldades em praticar o diálogo realizativo em que o pesquisador traz suas contribuições a partir dos saberes científicos junto às mães. Entretanto, estas análises forneceram pistas para uma possível revisão do processo de cuidado, no quais os profissionais podem fazer o uso deste diálogo.

A literatura científica foi base para alocar as pré-categorias nas dimensões transformadoras e nos excludores, ou seja, o que se caracterizava como favorecedor do aleitamento materno (dimensão transformadora) e quando se caracterizava como favorecedor ou possível precursor para o desmame precoce (obstáculo). Assim, depois de alocadas as pré-categorias, foi realizado a junção destas em categorias maiores. Além das pré-categorias, foram identificados neste quadro os elementos e as menções, todos os dados advindos do diálogo nas entrevistas, no segundo encontro e no grupo de discussão comunicativo.

**Quadro Final - Pré-categorias do aleitamento materno e desmame precoce:  
aspectos transformadores e excludores**

	<b>Aleitamento materno/ Desmame Precoce</b>
<p align="center"><b>Aspectos transformadores (entrevistas individuais)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Oferecimento de ambos os peitos na mamada (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Mamada precoce na sala de parto (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ A experiência do desmame não é desejada e traz um sentimento de tristeza (elementos 1, menções 10)</li> <li>❖ Amamentar: experiência boa, prazerosa, ato de carinho de mãe para filho, afeto. (elementos 4, menções 9)</li> <li>❖ Amamentação (AM) aumenta o vínculo, a aproximação e a segurança com o bebê. (elementos 3, menções 6)</li> <li>❖ Meios de comunicação como a televisão e a internet são utilizados como fonte de conhecimento sobre amamentação (elementos 2, menções 5)</li> <li>❖ Saber acerca do efeito protetor e da composição do leite materno (LM) para a saúde do bebê (elemento 1, menções 10)</li> <li>❖ Praticidade do aleitamento materno (exemplo: temperatura certa; está pronto para uso...) (elemento 1, menções 2)</li> <li>❖ Saber acerca do AME durante pelo menos seis meses (elemento 1, 12 menções)</li> <li>❖ Saber/compreensão acerca dos riscos do uso do leite artificial (ex: constipação intestinal, diarreia...) (elemento 2, menções 8)</li> <li>❖ Saber acerca dos direitos da lactante e do não cumprimento destes direitos por partes das empresas (elemento 1, menções 3)</li> <li>❖ Compreende que o cumprimento destes direitos não garante o AME, dado que outros fatores influenciam. (elemento 1, menções 3)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Saber acerca do uso do leite materno para tratamento de fissura mamilar (elementos 2, menções 2)</li> <li>❖ Saber acerca do uso do copinho para oferecer LM (elemento 1, menções 3)</li> <li>❖ Compreender a amamentação não somente como um ato, mas como possibilidade de oferecer LM independentemente de sugar no peito (elemento 1, menções 2)</li> <li>❖ Saber acerca das formas de estimular o bebê para a mamada (elemento 1, menções 2 )</li> <li>❖ Saber acerca da extensão do AM para além dos seis meses até os dois anos de idade ou mais (elementos 1, menções 6)</li> <li>❖ Saber acerca da fisiologia do AM, ou seja, do reflexo de produção e ejeção do LM (elemento 1, menções 5)</li> <li>❖ Saber acerca dos reflexos inatos da criança para querer mamar (elemento 1, menções 2)</li> <li>❖ Saber acerca das vantagens do AM para a saúde da mulher (elemento 1, menções 4)</li> <li>❖ Apoio e aprendizado com a família a amigos (elementos 2, menções 6)</li> <li>❖ Saber que o AM não faz os peitos caírem/ não preocupação com estética pessoal (elemento 1, menções 2)</li> <li>❖ Saber acerca das vantagens do AM para a saúde da criança (elemento 1, menções 4)</li> <li>❖ Realização da ordenha manual (elementos 1, menções 3)</li> <li>❖ Amamentação: prática socializada na infância (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Mudança de posição para o AM (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Uso da relactação (elemento 1, menções 1)</li> </ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Traumas mamilares não impedem o AM (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Saber acerca dos sinais de satisfação do bebê com a mamada (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Experiência prévia do pai com outros filhos o capacita para ajudar no AM (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Não adaptação do bebê aos leites artificiais (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Constatação de que houve mudança no orçamento financeiro após o desmame com aumento dos gastos – dificuldade financeira (elementos 3, menções 4)</li> <li>❖ Amamentar não tem custo (elemento 1, menções 2)</li> <li>❖ Esperança de viver o AM com sucesso em próximos filhos. (elementos 1, menções 4)</li> <li>❖ Planejar a gravidez (elemento 1, menções 3)</li> <li>❖ AM permite um contato mãe e filho (elemento 2, menções 1)</li> </ul>
	<b>36 aspectos transformadores</b>
<b>Aspectos transformadores (grupo de discussão comunicativo)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Questionamento do determinismo biológico para o AM</li> <li>❖ Apoio da família</li> <li>❖ Acesso à informação</li> <li>❖ Liberdade de gostar ou não de amamentar</li> <li>❖ Prevenção da obesidade de crianças amamentadas ao peito pela possibilidade de experimentar as variações do paladar do leite materno no decorrer do dia e do crescimento da criança.<sup>4</sup></li> </ul>
<b>Exclusores (entrevistas individuais)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Desmamar precocemente traz um sentimento de frustração (elemento 1, menções 2)</li> </ul>

<sup>4</sup> Este tema foi abordado no grupo de discussão comunicativo trazido por uma das auxiliares de pesquisa que considerou importante para ser abordado, dado a relação com o tema que estava sendo discutido.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ingurgitamento mamário (elemento 1, menções 3)</li> <li>❖ Desmame: fator hereditário e biológico da mulher (elementos 2, menções 3)</li> <li>❖ Presença do cansaço no processo do AM (elemento 1, menções 2)</li> <li>❖ Presença de dor no processo do AM (elemento 1, menções 5)</li> <li>❖ Influência do nervoso/estresse no processo do AM (elementos 2, menções 3)</li> <li>❖ Fissura mamilar (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Uso do bico de silicone (elemento 1, menções 2)</li> <li>❖ Uso da “concha protetora” de mamilo sem orientação (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Uso de sutiã apertado durante o ingurgitamento mamário (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Amamentação como responsabilidade exclusiva da mulher (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Pega incorreta do mamilo (elemento 1, menções 3)</li> <li>❖ Extensão do AM: vergonha, influência no cotidiano da mulher e falta de higiene (elementos 2, menções 3)</li> <li>❖ Uso da mamadeira concomitantemente ao peito ou não e facilidade de sucção na mamadeira (elementos 3, menções 12)</li> <li>❖ Presença do choro do bebê como disparador para algumas condutas (como uso da mamadeira, percepção de leite fraco...) (elemento 1, menções 5)</li> <li>❖ Uso da bomba tira leite (elemento 1, menções 7)</li> <li>❖ Mito de que o LM é fraco, não sustenta. (elementos 1, menções 5)</li> </ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Uso da chupeta concomitantemente ao AM (elementos 1, menções 1)</li> <li>❖ Compreensão de que ter bico protruso ou grande é importante para conseguir amamentar (elemento 1, menções 7)</li> <li>❖ Estabelecimento de horários fixos para a mamada (elemento 1, menções 5)</li> <li>❖ Oferecimento de leite artificial concomitantemente ao LM (elemento 1, menções 8)</li> <li>❖ Estímulo do peito na gravidez (elemento 1, menções 4)</li> <li>❖ Cesariana dificulta o processo do AM (elemento 1, menções 4)</li> <li>❖ Rotinas de maternidades e hospitais não flexíveis e não facilitadoras do AM (elemento 1, menções 3)</li> <li>❖ Rejeição do peito pela criança (elemento 1, menções 6)</li> <li>❖ Trabalho materno: fator para o desmame (elemento 1, menções 9)</li> <li>❖ Alimentação da mãe influencia no LM (elemento 1, menções 5)</li> <li>❖ Dificuldade para sucção (elemento 1, menções 2)</li> <li>❖ Não compreensão do aspecto do colostro (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Apoio da família no desmame precoce (elemento 1, menções 2)</li> <li>❖ Uso da casca de banana para tratar a fissura mamilar (elemento 1, menções 2)</li> <li>❖ Bebê preguiçoso para mamar (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Presença de prótese mamária de silicone</li> </ul>
--	--

	<p>(elemento 1, menções 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Uso de água quente para tratar o ingurgitamento mamário (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Ter mais filhos – atenção dividida dificulta a AM (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Dificuldade para ordenhar o peito (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Falta de estímulo dos profissionais de saúde para o AM (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Uso de pomada para o tratamento de fissura mamilar (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Níveis alterados de prolactina materna (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Agitação no pós-parto (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Muitas opiniões nas condutas maternas (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Mito de que LM provoca cólicas no bebê (elemento 1, menções 1)</li> <li>❖ Crença de que a agitação materna e altas temperaturas corporais alteram o LM (elemento 1, menções 2)</li> <li>❖ Não saber acerca das vantagens do AM para a saúde materna (elementos 1, menções 1)</li> <li>❖ Sentimento de que o desmame é derrota, desistência, ou necessidade (elemento 3, menções 4)</li> <li>❖ Mito de que não é possível reverter o desmame e voltar a amamentar (elemento 1, menções 2)</li> <li>❖ Conformidade com a presença da dor para amamentar (elemento 1, menções 3)</li> <li>❖ Presença de outros filhos: atenção materna dividida no cuidado dos filhos (elementos 2, menções 1)</li> </ul>
	<b>48 aspectos exclusivos</b>

<p><b>Aspectos excludores (grupo de discussão comunicativo)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Não ter paciência para amamentar</li> <li>❖ Não planejamento da gravidez e de ser mãe</li> <li>❖ Repressão e preconceito da gravidez na adolescência</li> <li>❖ Preocupação com a estética na amamentação</li> <li>❖ Saberes acerca da produção insuficiente de leite materno</li> <li>❖ Patologias na gravidez interferem na produção de leite materno</li> <li>❖ Importância do bico como fator indispensável para conseguir amamentar</li> <li>❖ Não respeito às leis trabalhistas para a mãe lactante</li> <li>❖ Falta de opção de trabalho na cidade as submetem a aceitar as imposições da empresa e abdicar de seus direitos enquanto mãe lactante</li> <li>❖ Pudor em amamentar em público</li> <li>❖ Trabalho e amamentação são inconciliáveis</li> <li>❖ Não apoio dos esposos no processo da amamentação</li> <li>❖ Sentimentos de frustração e culpa por desmamar precocemente</li> </ul>
---	--

A partir da análise do quadro acima podemos concluir que existem mais aspectos excludores evidenciados das falas das mães a partir da vivência do aleitamento materno e do desmame precoce do que aspectos transformadores, e isso confirma as dificuldades e complexidade das interações e relações que envolvem o processo do desmame precoce, bem como a condução do aleitamento materno.

A partir do quadro anterior, as pré-categorias foram agrupadas por semelhança de significados em três categorias: o processo de amamentar e desmamar precocemente; práticas/ações transformadoras e exclusoras ao aleitamento materno e desmame precoce e eventos transformadores e excludores ao aleitamento materno e desmame precoce.

Entendemos como o processo de amamentar e desmamar precocemente, aquilo que envolve os sentimentos, as vivências e a posição das mães quanto a este processo. E quanto as “práticas”, aquelas ações, atitudes e posturas que são efetivamente realizadas pelas mães e “eventos” aqueles que são externos a ação das mães, ou seja, não dependem da intervenção delas.

#### **4.2.1 O processo de amamentar e desmamar precocemente**

Nas entrevistas e no grupo de discussão ficou explícito na comunicação verbal e não verbal, o prazer que tiveram em dizer que conseguiram amamentar, mesmo por pouco tempo. Mesmo aquelas que utilizaram o leite ordenhado, sentiam este sentimento em oferecer o leite materno a seus filhos. Amamentar para estas mães foi um ato prazeroso, experiência nova para as mães primíparas e amamentar é poder cuidar e concretiza o ser mãe.

“...para falar a verdade, a amamentação é prazerosa do mesmo jeito tendo dor ou não, tanto que eu não queria ter tirado ele do peito...” (S);

Frota et al (2009) revelam a partir dos resultados alcançados em seu estudo, que as mães são conscientes das vantagens do aleitamento materno, além da externalização de sentimentos prazerosos no ato de amamentar o filho e, também o posicionamento favorável a essa prática.

Amamentar é condição emblemática de ser uma boa mãe, aspecto também identificado por Nakano (2003) nos relatos das mães entrevistadas. A autora traz que os atributos maternos aderem-se aos corpos e mentes das mulheres como se fizessem parte da natureza deles e por isso talvez tenham esta compreensão.

O relato das mães também evidenciou que amamentar foi uma prática muito desejada por elas e revelou alguns aspectos que transformaram a amamentação em um ato desejado, tais como a transmissão de carinho, afeto, aproximação, confiança, segurança para a criança e aumento do vínculo entre mãe e filho. Viver a experiência de amamentar e chegar à compreensão que este processo é essencial para a ligação mãe e filho é transformador para que seja uma

experiência marcante na vida da mulher e que as faça, todavia num futuro, superar alguns obstáculos inerentes à prática de amamentar e não desmamar precocemente.

“... Assim, o nenê fica mais próximo da gente né, fica mais calminho, dá uma segurança para ele e para gente né...” (S)

“Não tem explicação, é uma coisa que passa de mãe para filho, não tem como você explicar como é, como não e esse tipo de afeto é inexplicável” (D)

“... quando ela estava mamando ela fica juntinho o corpinho, corpinho então ela fica ali, você fica olhando, aumenta o vínculo, você acaba fazendo carinho na gente com a mãozinha...” (P)

Britton et al (2006) em um estudo pioneiro acerca da relação entre o aleitamento materno e o apego entre mãe e filho, identificaram que apesar da amamentação não ter apresentado relação direta com o apego seguro, os dados sugerem que as mães que optam por amamentar aparentam ser mais responsivas aos sinais de seus filhos durante o processo de interação no início da vida. Então, indiretamente, a amamentação contribuiria para fomentar um apego seguro entre a díade mãe e filho.

Além de evidenciar o prazer pelo ato de amamentar, as mulheres percebem também a importância do vínculo emocional proporcionado pela amamentação. (ISSLER et al, 2010)

Segundo Issler et al (2008), a amamentação materna é emocional, é afetiva, é anímica, permeada de sentimentos de amor, de doação, de carinho, de ternura. É emoção pura, a qual transmite aconchego, conforto, segurança e prazer, despertando assim, estima, simpatia e alegria. É também um fator psicológico de saciedade, tranquilidade, confiança e paz no processo de receber, ganhar, sugar, relacionar-se, colaborar, compreender e aceitar.

Amamentar é um ato que faz as mães se sentirem concretamente mães, aspecto este revelado nas falas das entrevistadas e identificado como transformador, quando esta compreensão não seja entendida de maneira contrária pelas mães que não concretizem o aleitamento materno com sucesso.

“Muito bonito, eu me senti mãe, uma mãe-zona. Não, assim é mãe, porque eu não estou sentindo ele em mim, mesmo porque eu o peguei nos meus braços, segurando ele, ele é meu filho, mas foi diferente, emocionante. Não tudo igual, não deixa de ser mãe...” (B)

Segundo Jungles et al (2010), a amamentação bem-sucedida desperta na mulher um sentimento de ligação profunda com o filho e de realização como mulher e mãe.

A praticidade em amamentar, ou seja, sem a necessidade de esquentar e preparar o leite artificial, higienizar mamadeiras e carregar toda essa bagagem quando sai de casa foi um aspecto relatado pelas mães. Considera-se transformador na compreensão da amamentação, uma vez que amamentar é um ato prático e não dispensa nenhum recurso para se concretizar. Além disso, as mães identificaram que com o desmame houve um aumento do orçamento financeiro da família, devido aos gastos com as mamadeiras e leites artificiais, revelando que oferecer o leite materno não tem custo, outro aspecto transformador, na medida em que é um saber adquirido na vivência do desmame. .

“... a facilidade é que é bem mais fácil você quando ele chora, você tira o peito e dá de mamar...então depois que você desmama aumenta tudo, é remédio que tem doenças e as mamadeiras que não são baratas...” (P)

“Bom para amamentar a facilidade que eu acho que você não tem trabalho, aonde você esta arranca e dá o leite para criança, não tem que ficar esquentando se a temperatura esta boa e não esta, se o leite está azedo tem todas essas facilidades” (D)

Issler et al (2010) identificaram afirmativas das mães que citam a praticidade do ato de amamentar, na categoria intitulada: “amamentar é bom”.

A praticidade tem sido apontada como vantagem para a mulher que amamenta, considerando o indispensável rigor higiênico-sanitário que deve envolver a alimentação pela mamadeira. (ALMEIDA, 2004)

O custo com uso de fórmulas infantis é um aspecto relevante e vem sendo abordado nos estudos. Araújo et al (2004) traz em sua pesquisa a comparação entre os gastos com as formulas infantis e a manutenção da alimentação da nutriz, revelando que é mais econômica para o estado e para a família complementar a alimentação da nutriz do que substituir o leite materno por leite de vaca ou fórmula artificial na alimentação do bebê.

Além disso, os autores discutem que o custo do uso de leite artificial é especialmente oneroso ao se tratar de países em desenvolvimento, uma vez que, nos países do primeiro mundo, o leite faz parte da dieta diária usual, e é um alimento relativamente acessível diferentemente dos países em desenvolvimento. E mais importante do que isso, é que o alto custo do leite artificial leva a um comportamento já comprovado, que é o da diluição do leite, com graves conseqüências para o crescimento, desenvolvimento e a própria sobrevivência das crianças.

Outro estudo destacou o fato de que não estão contabilizados os gastos adicionais com bicos e mamadeiras, combustível para ferver a água e esterilizar mamadeiras, além de possíveis gastos em saúde com o uso de medicamentos, combustível e tempo para se deslocar ao

hospital, decorrentes das morbidades associadas com maior frequência aos lactentes alimentados artificialmente. (ARAÚJO et al, 2004)

O desmame precoce apesar de ser um fato ocorrido para estas mães, não foi algo desejado por elas e, gerou sentimentos negativos vivenciados com este processo, tais como tristeza, frustração, culpa e derrota, dados confirmados também no grupo de discussão comunicativo.

Esses relatos mostraram que desmamar precocemente não foi uma prática desejada, planejada ou esperada pelas mães, por isso pode ser considerado como um aspecto transformador em virtude de não ser um acontecimento planejado. Entretanto, os sentimentos de culpa, frustração e derrota são consideradas como aspectos excludores, uma vez que podem influenciar negativamente uma próxima experiência de amamentar e acarretar no desmame precoce novamente.

“Eu me sinto, porque tem mania de falar nossa, nem para dar leite eu presto, para que eu vou prestar nesse mundo... eu me sinto frustrada, é ruim...” (D);

“... é melhor desistir que nem eu desisti, é uma aflição...” (B)

Amamentar para atender às necessidades da criança é essencialmente valorizado e quando tais respostas não atendem às expectativas das mães, causa ansiedade, tensões e conflitos, assim como também a culpa do não cumprimento desta função. (NAKANO, 2003)

Segundo Marques et al (2009), a responsabilidade da mulher-mãe perante o aleitamento, pode levar à mãe ao sentimento de culpa, caso tenha insucesso no processo de amamentação, acreditando que não conseguiu exercer completamente seu dever de boa mãe.

Além disso, foi identificada na maioria das falas, a esperança em viver a experiência de amamentar com sucesso em um próximo filho. Aspectos estes transformadores, pois ter a esperança de conseguir concretizá-lo é uma forma de incentivo e de prevenção indireta de possíveis desmame.

“... eu ficava amamentando até dois, só que eu tive problema... Que no próximo filho, programar para amamentar, pelo menos uns 6 meses, amamentando, só não fiz por causa do trabalho” (K)

“... mas eu queria muito que tivesse para ter oportunidade de mamar no meu seio, mas eu não consegui... eu acho assim: vou tentar fazer se eu tiver outro filho de novo eu fazia assim...” (SIR)

No grupo de discussão comunicativo foi debatida a questão de gostar ou não de amamentar, que seria um tipo de afinidade individual da mãe para amamentar necessária para o sucesso da prática, aspecto este considerado transformador no sentido em que não confirma o determinismo biológico imposto pela sociedade.



Em estudo realizado por Rocha et al (2010), todas as mulheres entrevistadas demonstraram interesse em amamentar seus filhos durante a gestação, por um período de dez meses em média.

Os relatos das entrevistas trazem que o desmame é um processo hereditário, ou seja, a avó desmamou no passado ou irmãs desmamaram e até mesmo a própria mãe ter desmamado em um filho anterior. Estas compreensões levam as mães a considerar o desmame atual como consequência de aspectos intrínsecos a origens genéticas da família. Um exemplo citado por uma das mães foi a questão da cor clara da pele que levava a não protrusão do bico e a produção insuficiente de leite materno e, conseqüentemente a não sucesso da amamentação que todas as mulheres da família tinham, logo o desmame era algo esperado por esta mãe. Assim, o desmame visto como hereditário é um obstáculo na superação das dificuldades com a amamentação, pois a hereditariedade do desmame parece ser biologicamente alocada no ser da mulher que amamenta, e deslocada do contexto social, paralisando a possibilidade de mudança.

“Eu acho, porque todas as minhas irmãs tiveram pouco leite, nos somos branqueiras, não tem bico, minha mãe não tem bico, agora não sei se é família...” Não, porque eu fiz de tudo, eu já estava preparada por não ter, eu sabia que eu tinha chance de não ter leite por causa da minha família”(SIR)

Alguns autores trazem que experiências anteriores com a amamentação bem sucedidas fazem com que haja mais facilidade para amamentar novamente, como também terão menor tendência ao desmame precoce (TAKUSHI et al, 2006; SANCHES, 2004), porém estes estudos não fazem menção alguma acerca dos fatores genéticos e a relação com a amamentação, aspecto apontado pelas mães desta pesquisa.

Jungles et al (2010) identificaram que as puérperas de seu estudo reconheceram a vivência anterior positiva com a amamentação como facilitador, o que faz com que estas mães multipliquem tal consideração cultural a outras mulheres, sendo assim apoiadoras do aleitamento materno.

A presença do bico para amamentar foi um elemento marcante nas falas da maioria das mães entrevistadas. Além de relacionar-lo a questão hereditária, a presença do bico foi condição *sine qua non* para a pega correta no mamilo e, assim o sucesso da prática de amamentar. Aspecto este também discutido no grupo de discussão comunicativo. As mães tentam das diversas formas reverter a não protrusão do bico, utilizando para isso algumas estratégias não recomendadas. A compreensão ou constatação de que o bico é um fator essencial para que o bebê consiga realizar uma boa pega no mamilo e assim estimular a produção de leite efetivamente se aleitar é considerado

como um elemento exclutor para o favorecimento da amamentação, considerando que a pega correta envolve abocanhar a aréola e não somente o mamilo. Não há dúvidas das dificuldades que podem advir de mamilos planos ou mal formados, mas essa crença impregnada nas mulheres aliada a falta de apoio do profissional de saúde, no momento em que mais a mãe necessita, realimenta a responsabilidade das mulheres no insucesso da amamentação.

“... tinha um pouco de bico, aí depois que ela nasceu sumiu, acha que o peito inchou e aí sem meu bico, isso também dificultava, aí também dificultou bastante, então acho que foi isso, os dois problemas o bico, pois ela não conseguiu sugar mesmo, pois ela era preguiçosa”. (N)

“... porque ele não sabia ainda sugar e o bico não era suficiente, o bico é muito importante”. Era uma bombinha à vácuo que dói pra caramba, para puxar o bico, eu usei foi uma mulher que teve gêmeos também, que usou uma amiga minha, até isso eu fiz, usei a seringa que também dói” (SIR)

Em estudo, Shimoda, et al (2005) identificaram que puérperas com mamilos não protrusos, muitas vezes há uma dificuldade do bebê em apreender a região mamilo areolar adequadamente (pega), havendo uma insistência na tentativa de apreensão, principalmente quando o local da aréola não é macio e flexível, em casos de estase láctea nos seios galactóforos ou quando a epiderme no local é mais endurecida. Esta dificuldade com a pega torna-se maior nos casos de mamilos anômalos, ou seja, planos, umbilicados e semi-umbilicados, quando muitas vezes, o RN precisa do auxílio de intermediário de silicone para conseguir mamar. Este aspecto talvez venha explicar o resultado obtido neste estudo, em que das 19 (100%) mulheres com mamilos dessa classificação, 13 (68,42%) destas, apresentaram lesão de mamilo.

Estudos confirmam que para a adequada sucção, a protactilidade dos mamilos é uma característica importante, entretanto os mamilos planos e invertidos, apesar de dificultarem a pega correta no início do aleitamento materno, podem ser protraídos por meio do estímulo produzido pelo próprio bebê durante a sucção. (TANAKA, et al, 2008). Segundo Jungle, et al (2010), muitos profissionais ainda desconhecem essas evidências e reforçam a responsabilidade das mulheres no insucesso da amamentação.

Segundo Maldonado et al (2008), é imprescindível não realizar qualquer comentário negativo às mães acerca de seus peitos. A relação mamilo protruso e êxito na amamentação é um mito popular. Na verdade, não existem formas de mamilos que dificultem a amamentação, sendo que esta depende mais da flexibilidade e elasticidade do mamilo do que sua protrusão.

Amamentar é uma prática socializada desde a infância para as mulheres, aspecto destacado nas entrevistas enquanto elemento transformador no processo de incentivo as futuras

mães a amamentarem. Entretanto, quando essa socialização recai somente sob a responsabilidade da mulher é um obstáculo ao aleitamento materno, uma vez a amamentação não pode ser vivenciada como um fardo e precisa ser compartilhada com o companheiro, família e sociedade.

“Acho que sim, tem umas que cansam de estar dando, fazendo isso, dando mama no peito, ai para e para, atrasa tudo. Eu acho que não, quis desde pequena, quando brincava de boneca e agora também eu queria ter dado pelo menos até os 6 meses, mesmo que eu não trabalhe.”(B)

“... acho que desanima qualquer mãe, aquele sonho...” (SAR)

A vivência da amamentação é fortemente mediada pelas próprias experiências da mulher, as quais não são somente ao fato de ela própria ter sido amamentada ou não, mas também às situações que essa mulher presenciou ao longo de sua vida (REZENDE et al, 2002).

Os profissionais de saúde são personagens importantes no compartilhamento do aleitamento materno com as mães, o que o estudo de Rivemales et al (2010) confirmou, uma vez que a maioria das informações relativas ao aleitamento materno foi transmitida por profissionais de saúde. Entretanto, para as mães desta pesquisa ficou mais evidente a falta de apoio/ incentivo à prática de oferecer o leite materno, aspecto este considerado com obstáculo para a amamentação.

“De eu ver eles querer, porque estavam com fome o meu seio não tinha bico, o leite que tinha não era suficiente para eles, ainda mais por eles serem pré maturo, tinha aquela dificuldade, porque não era aquela criança que conseguia chupar, isso eu ouvida própria enfermeira lá em São Carlos...” .Eu não tinha bico, a enfermeira falava que o bico não era suficiente, eu não tinha leite..., mas nas consultas em nenhum momento o Mauricio (médico) perguntou do seio”.(SIR)

“... eu já não tinha muito leite, porque para sugar tem que vim o leite e ele não sugava ai às enfermeiras falavam que ele tinha que sugar antes de sair do hospital” (B)

O posicionamento e o diálogo com os profissionais da saúde, em especial o profissional médico é de grande relevância na tomada de decisões e condutas pelas mães, entretanto tanto para o presente estudo como para outros estudos como de Osis et al (2004), o profissional não influenciou a decisão das mães em amamentar, porque na verdade não há orientações sobre este tema nas consultas de pré-natal.

Assim para que haja sucesso no aleitamento materno, fazem-se necessárias algumas orientações, preferencialmente dadas pela equipe de saúde durante o pré-natal, na tentativa de desmistificar o tema e superar crenças que venham a prejudicar a amamentação. As orientações devem ser no sentido em que o profissional de saúde se sinta responsável pelos casos de desmame precoce em mães sob sua orientação e que busque a razão de cada caso de insucesso, refletindo

sobre o que poderia ter sido feito a mais e melhor. Respeitar, aceitar, ter empatia e compreender a mãe. (VAUCHER; DURMAN, 2005)

Apesar do desmame precoce ter ocorrido para estas mães, todas elas tinham a compreensão do período mínimo recomendado para o AME (6 meses), o que é um elemento transformador.

”... acho que até os 6 meses, seria o ideal para a criança a amamentação...”(P)

“Se eu tivesse leite no mínimo 6 meses, se eu tivesse mais, eu iria até os 10 meses”(SIR)

“Eu não conheço, mas é quando você tira antes do tempo, o que é ideal é você dá de mamar até 6 meses né...”(N)

Rocha et al (2010) identificaram que quanto ao conhecimento das gestantes sobre o tempo ideal de amamentação no peito e a amamentação exclusiva, houve muitas respostas diferentes das informações encontradas na literatura científica sobre este período, mostrando que o conhecimento das nutrízes sobre o tempo de amamentação é menor que o tempo preconizado na literatura científica, ou seja, de forma exclusiva durante os primeiros seis meses de vida e de complementar até dois anos de idade ou mais. A média de tempo respondida para aleitamento total foi de 11,2 meses e de amamentação exclusiva foi de 4,9 meses em média.

A extensão do aleitamento materno até os 2 anos ou mais foi identificada pela maioria das mães, o que é transformador na vivência do aleitamento materno, entretanto algumas mães retrataram uma sensação de “vergonha” ou falta de higiene amamentar em público ou estender o aleitamento materno até dois anos. Estes aspectos são duplos em seus significados, ou seja, quando a extensão do aleitamento materno é conhecida pelas mães, consideramos como algo transformador, mas ao compreender este ato como vergonhoso ou sem cuidados de higiene, o elencamos como obstáculo.

Além disso, ao discutir este tema no grupo de discussão comunicativo, as mães novamente trazem a compreensão de que existe um pudor em amamentar em público, o que identificamos como um obstáculo à continuidade do aleitamento materno, uma vez que inibe as mães de praticarem o aleitamento materno sob livre demanda, havendo restrições de horários e locais.

“Nossa eu acho que se eu tivesse a oportunidade tão cedo, eu não ia desmamar, eu vejo mães que dão até 2 anos, isso para mim já não é legal, isso é falta de higiene...”(SIR)

“... é bem mais saudável se elas pudessem continuar a dar de mama, vai até 3 a 4 anos não ter vergonhas. Eu acho que tem ainda mais quando a criança fica grande, por isso que a maioria tira ou fica com vergonha” (P)

“Não, assim acho que é para desmamar, então é até os 6 meses, é o indicado né, mas que é bom mesmo é até 2 anos, que é para amamentar, mas eu acho que depois que a criança vai até 2 anos, para largar é difícil”(K)

Após os seis meses, iniciar o consumo de alimentos complementares é recomendável para que todas as necessidades nutricionais de uma criança em crescimento sejam adequadamente atendidas. Contudo, manter a amamentação também é importante porque o aporte de 500 ml diários de leite materno ainda será capaz de fornecer aproximadamente 75% das necessidades de energia, 50% das de proteína e 95% das de vitamina A, além da proteção imunológica. (OMS, 2001). Evidência científica que vem confirmar os benefícios da extensão do aleitamento materno para além dos seis meses de vida das crianças.

Ramos e Almeida (2003) identificaram em seu estudo a percepção de vergonha em amamentar em público como sendo um dos fatores citados pelas mães como impeditivos para a amamentação.

Segundo Rezende et al (2002), ver outras pessoas amamentando é fato que tem uma provável influência positiva na possibilidade de essa criança também amamentar no futuro. Entretanto, quando se vê mulheres amamentando às escondidas longe do público, pode transmitir à criança a idéia de que a amamentação é um evento íntimo, talvez até vergonhoso. Aspecto que pode se tornar inibitório futuramente, quando precisar amamentar em público, tornando-se uma dificuldade extra para o aleitamento materno.

A fisiologia da produção e ejeção do leite materno e os reflexos inatos da criança para com o aleitamento materno foram aspectos conhecido por algumas mães, elementos estes entendidos como transformador, porque direciona as mulheres a seguirem determinadas rotinas que favorecem o AM, tais como AM sob livre demanda, não controle do tempo da mamada, entre outras.

“Porque ele não sugava, aí ía acabando né, porque a criança tem que sugar para poder sair mais leite, produzir mais leite” (S)

“E agora, é como eu tava falando pra você, ele queria, e agora não tem mais. Porque agora você vê que ele procura...” (R)

Ter o saber acerca dos reflexos que levam a produção de leite materno é muito importante, pois segundo Giugliani (2004), a síntese de do leite nos primeiros quatros dias é

controlada basicamente pela ação hormonal, ou seja, ocorre mesmo que a criança não esteja sugando, entretanto logo após esta fase inicia-se a terceira fase da lactogênese, conhecida como galactopoiese. Essa fase vai perdurar até o final da lactação, é de controle autócrino e depende basicamente do esvaziamento da mama. Portanto, é a qualidade e a quantidade de sucção da criança que passam a governar a síntese do leite materno.

Segundo Takushi, et al (2006), a responsabilidade do bebê pela amamentação foi identificada em um dos motivos alegados que parecia depender do ato reflexo da criança em procurar a mama e estava, portanto, relacionada à sucção do bebê. Neste caso, o motivo para amamentar dependia da atuação da criança em procurar pela mama.

Além dos saberes acerca da fisiologia e dos reflexos do AM, as mães entrevistadas mencionaram a importância do contato entre mãe e filho proporcionado pelo ato de amamentar, seja ele, pele a pele ou visualmente, o que se constitui um elemento transformador para o aleitamento materno.

“... eu aprendi também é quando você tiver amamentando, você olha no olho dela, porque ela sente a confiança é o amor que a mãe tem por ela...ai quando eu comecei amamentar ele eu também comecei a conversar com ele, eu falava que eu queira sim amamentar ele” (SAR)

De acordo com Mercer, et al (2007), o contato pele a pele desencadeia alguns eventos hormonais importantes para a relação mãe/bebê. O toque, o odor e o calor estimulam o nervo vago e isto, por sua vez, faz com que a mãe libere ocitocina, hormônio responsável, entre outras ações, pela saída e ejeção do leite. Esse hormônio faz com que a temperatura das mamas aumente e aqueça o bebê. Por outro lado, a ocitocina reduz a ansiedade materna, aumenta sua tranquilidade e responsividade social.

A mente e o corpo da mãe precisa se relacionar intimamente com o bebê, tanto para conseguir aleitar eficazmente, quanto para exercer sua função materna de modo satisfatório. Isso se dá através de uma profunda identificação dela com o filho, como se fosse uma "neurose" temporária (REZENDE et al, 2002).

Saber reconhecer as formas de estimular o bebê para iniciar a mamada e os sinais de satisfação do bebê após a mamada foram aspectos transformadores identificados pelas mulheres para o sucesso do aleitamento materno, pois trazem a confirmação à mãe que a mamada foi eficiente e que o leite materno satisfaz. Alguns dos sinais de satisfação identificados pelas mães foram o não choro da criança e dormir após as mamadas.

“... eu colocava ela, tentava, dei bastante, estimei bastante, tirava a roupinha dela, a deixava ficar deitada, estimulava bastante...; se ela não mama a quantia que sustenta, ela poderia não ta dormindo direito, ela pode estar chorando o dia inteiro...”(N)

Nakano (2003) também identificou nas entrevistas, o estado de constante vigilância no reconhecimento de sinais de bem-estar do filho em resposta à amamentação. Borges e Philippi (2003) trazem que o estado físico e psicológico da criança após a mamada foi um dos parâmetros utilizados pelas mães para avaliar a quantidade de leite produzido por ela e, assim consequentemente revela a satisfação da criança com a mamada.

Segundo Issler, et al (2008) como orientação, é necessário que os bebês sejam estimulados na tentativa de acordá-los. Assim deve-se orientar a retirada de roupas, deixando-o só de fraldas, massagear os pés firmemente, conversar com ele, passar a mão na cabeça e friccionar levemente o dorso.

A interferência da amamentação na estética dos peitos foi um tema identificado com bastante variedade de saberes. Algumas mães apresentaram dúvida quanto esta constatação, outras confirmaram que amamentar faz os peitos caírem e outras relaram o contrário. Quando a mãe relata que amamentar faz os peitos caírem ou mesmo ao ter esta dúvida é um obstáculo ao aleitamento materno, uma vez que esta constatação ou a dúvida pode levar ao desmame precoce.

“Não, não sei se realmente cai, eu sei que incha o leite e quando desinchar, com certeza vai cair, não vai ficar retinho igual era, mas nunca fiz pesquisa, nunca ninguém me falou se realmente cai ou não” (K)

Queirós et al (2009) encontraram em seu estudo as principais e mais frequentes práticas populares e crenças vividas pelas nutrizes que interferem na amamentação exclusiva e dentre elas a que amamentar faz a mama cair esteve presente no discurso das mães.

A estética apresentou-se como um fator relevante para justificar a decisão de algumas mães por não amamentar, semelhante ao estudo de Jungles et al (2010). Além disso, segundo os autores a temática acerca dos padrões de beleza durante e após o aleitamento ainda é pouco trabalhada na literatura e assinala uma marca culturalmente imposta à sociedade, necessitando, portanto de um olhar mais atento dos pesquisadores da área.

A idéia que a amamentação esteja relacionada à estética das mamas provém segundo Jungles et al (2010) de diversas fontes, as quais podem ser desde conversas entre iguais que

transmitem informações incorretas, falta de atenção dos profissionais de saúde e, até mesmo como um sentido errôneo veiculado na mídia.

As conseqüências do uso dos leites artificiais são conhecidas pelas mães e foram vivenciadas por elas, relatando acerca da dificuldade na adaptação do bebê com os leites artificiais. A constipação intestinal foi a dificuldade mais citada por elas. Estes elementos foram considerados aspectos transformadores, pois o saber acerca dos riscos da alimentação artificial leva a mãe a repensar suas condutas e avaliar os riscos e benefícios. (SILVA, 1997)

“... eu comecei com o NAN, daí eu parei, porque eu ví que ressecou, depois dei o Ninho, também ví que ressecou, daí eu falei vou experimentar o de caixinha. Aí eu vi que ele não ressecou e daí eu continuei...” (S)

“Eu comecei com o Nestogênio I, só que ele não se acostumou, porque prendeu muito o intestino dele...” (K)

Os estudos confirmam a compreensão das mães acerca das conseqüências do uso dos leites artificiais. Aguirre et al (2002), ao estudarem a associação entre tipo de aleitamento, consumo de fibra alimentar e ocorrência de constipação em lactentes, concluíram que a análise de regressão logística evidenciou que, no primeiro semestre, os lactentes em aleitamento artificial demonstram chance 4,5 vezes maior de apresentar constipação do que os em aleitamento predominante, ou seja, ainda com uso do leite materno como principal fonte de nutrição. Assim, os autores afirmam que às diversas vantagens do aleitamento materno deve ser acrescentado o papel protetor contra o desenvolvimento de constipação no primeiro semestre de vida.

Assim, como as conseqüências do uso dos leites artificiais são conhecidas pelas mães, as vantagens para a saúde da criança em praticar o aleitamento materno exclusivo e o conhecimento do efeito protetor do leite materno também foram relatadas pela maioria das entrevistadas. Elementos estes, considerados transformadores, ou seja, conhecer os benefícios do aleitamento materno faz o ato de amamentar ser um compromisso da mãe para com a saúde presente e futura de seu filho.

No grupo de discussão comunicativo, a auxiliar de pesquisa levou a informação de que oferecer o leite materno faz com que a criança adquira uma variabilidade no paladar e, assim previna uma possível obesidade futura da criança que terá uma aceitabilidade para com alimentos variados. As mães concordaram com a informação discutida.



“É que o leite industrializado, ele talvez assim acho que faz mais mal né?! Porque ele tem aquelas químicas, conservantes e o leite do peito não né?! É tipo um leite natural né...”(S)

“... à amamentação é um como posso dizer, é um leite ideal, adequado, certo próprio para o próprio leite adequado para criança mais adequado. O que evita mais doença, alergia entendeu, e também ficar aquilo vínculo entre mãe e filho, ai fortalecer bastante, isso mesmo” (N)

Evidências científicas identificadas em revisão de literatura indicaram que o aleitamento materno protege contra a obesidade infantil, dados comprovados pela maioria dos estudos incluídos nesta revisão. (BALABAN; SILVA, 2004)

Estima-se que 38% das mortes de crianças menores de cinco anos ocorram nas primeiras quatro semanas de vida, para as quais foram identificadas 16 possíveis intervenções. A amamentação foi considerada uma intervenção para a qual existem evidências sobre eficácia incontestável e que, com base em estudos de efetividade, mostrou-se viável para ser implementada em larga escala. (DARMSTADT, et al, 2005)

O saber acerca das vantagens do aleitamento materno para a saúde da criança é prevalente entre os estudos desta temática. Sandes, et al (2007) identificaram que 82,5% das mães conheciam as vantagens para o bebe. A grande maioria apontou vantagens imunológicas, seguindo-se por ordem decrescente as vantagens nutricionais, gastrointestinais, de desenvolvimento e psicológicas, mas 16% (74/475) não tinham opinião.

Em pesquisa realizada no Brasil relativa à epidemiologia de mortes por diarreia aguda, diarreia persistente e disenteria em duas áreas urbanas, foram encontrados percentuais de 28,0%, 62,0% e 10,0%, respectivamente. Além disso, o maior número de mortes ocorreu entre três e cinco meses de idade, onde a ocorrência do desmame foi mais freqüente. (CAMINHA et al, 2010)

É transformador que as mães conheçam os seus direitos enquanto mãe trabalhadora que amamenta. E estes elementos foram identificados nos relatos da maioria das mães. Esta temática foi discutida no grupo de discussão comunicativo e o consenso do grupo foi que existe o conhecimento, mas que ele não é suficiente para que as mães continuem amamentando, uma vez que as empresas não garantem estes direitos e pela falta de opção de trabalho no município, as mães abdicam esses direitos em virtude da garantia do emprego. Assim, existem dois lados, ter o conhecimento é transformador e não poder se beneficiar dele é um obstáculo.

“Até 6 meses, mas aqui eu acho que é só até 4 meses, para ficar em casa, mas se a criança mama no peito pode tirar uma hora para dar de mama, mas eles não deixam”(J)

Viana et al (2007) entrevistaram 9458 mães, das quais 1779 disseram exercer trabalho remunerado, independentemente de ter a carteira assinada. Destas mães trabalhadoras, apenas 936 declararam usufruir o direito da licença maternidade, ou seja, 47,3% das mães não se beneficiaram de seus direitos. Além disso, os autores identificaram que das 126 mães com vínculo empregatício formal e bebê com menos de 4 meses, que deveriam estar de licença maternidade, somente 81 delas recebiam tal benefício.

Amamentar é um direito que a sociedade deve garantir a toda mulher e a toda criança, inclusive quando a mulher tem um trabalho remunerado. Tanto as políticas sociais que visam a normatizar e proteger a mulher enquanto trabalhadora e mãe, como as práticas de manutenção da lactação devem ser implementadas, pois são aspectos fundamentais para criação de um bebê no mundo de hoje. (VIANA et al, 2007)

A crescente presença da mulher no mercado de trabalho, associada às mudanças na sociedade e na família, forçou o surgimento de dispositivos legais de proteção à amamentação da mulher que trabalha. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 7º, garante licença maternidade, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias. A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) também protege a mulher trabalhadora e nutriz, prevendo: descansos durante a jornada de trabalho, creches ou convênios com creches para empresas com mais de 30 funcionárias em período fértil e locais adequados para os cuidados com os lactentes. Apesar de leis que garantem a manutenção da amamentação, grande parte das mulheres desconhece seu conteúdo ou não usufruem dos benefícios disponíveis. (CARRASCOZA et al, 2005).

Conhecer o efeito protetor do leite materno é importante, assim como conhecer o aspecto ou as características do colostro e do leite, ou seja, as fases do leite materno. Entretanto, este saber não foi identificado na maioria das falas das mães, e contrariamente ao esperado, as mães apresentaram uma compreensão que pode dificultar a confiança em sua capacidade de produzir leite materno, o que pode ser evidenciado pelas falas abaixo – *saia uma aguinha - saiu um qualhadinho*. Aspectos estes, que são identificados como excludores ao processo do aleitamento materno, uma vez que estas compreensões podem levar a condutas não favoráveis ao aleitamento materno. Somente algumas mães identificaram o efeito protetor do leite materno para a saúde do bebê, o que é transformador para incentivar a prática do aleitamento materno.

“Eles falavam que o leite que ele tinha que sugar que ai ia sair o grosso, só que como ele não sugava só saia uma aguinha..., Não, mas eu acho que quando mais mama mais vem só que ele não mamava, então não produzia só ficava aquela aguinha...” (B)

“Saiu tipo assim, quando ela mamava, ai começou a apertar, ela só gritava, gritava, ai saiu aquele qualhadinho bem porquinho..., Para mim o colostro, é tipo de leite amarelinho, azedo, talhadinho, ai depois quando desce, você sente ele vindo...”(D)

“... eu acho que se tivesse no peito poderia estar mais protegido, porque tem mais anticorpos do leite...” (K)

A aparência da secreção láctea em suas fases, tal como o colostro não foi algo conhecido pelas mães deste estudo, tal como no estudo de Nakano (2003), o qual o aspecto do colostro suscitou “estranheza” nas mulheres, assim como a não sustentabilidade do colostro, entretanto, mesmo assim, as mães não deixam de oferecê-lo ao filho.

Foram identificados nas falas das mães alguns mitos relacionados ao leite materno, tais como: leite materno é fraco, leite materno não sustenta, leite materno provoca cólicas no bebê e que altas temperaturas corporais e agitação materna interferem no leite materno. Estes mitos são considerados elementos exclusores ao aleitamento materno, uma vez que favorecem condutas inadequadas que podem acarretar o desmame precoce, além de serem elencados como motivos para a prática do desmame precoce.

“... eu tinha meia hora na parte de manha e meia hora na parte da tarde para dar de mama, só que para eu não ficar saindo picado, porque até eu chegar ao meu serviço, daí eu tinha que esperar ela acalmar um pouco, porque era muito calor, tinha que esperar o leite acalmar...” (K)

Segundo Maldonado et al (2008), alguns traços do caráter ou do temperamento dos pais são herdados pelos filhos, porém esta transmissão não pode se dar através do leite materno. O temperamento da mãe, tal como o nervoso ou a agitação não influenciam a composição do leite.

“Olha único lado bom que eu achei que as cólicas dela diminuíram sem o leite de peito...” (D)

“Ela foi mamando, eu fui tirando conforme foi diminuindo o leite aos poucos até que não tinha mais leite, não saia mais nada, até que não tinha mais leite, eu não tive como dar porque não tava mais sustentando; é porque até diminuir por completo...” (N)

“Teve, porque o leite, eu não sei, eu acho que o leite do peito, eu acho meio fraco, né!? E eu percebi que ele mamando na mamadeira, ele mamava menos do que do peito...”(S)

Azeredo et al (2008) em se estudo identificou os motivos “leite secou” (64%), “leite fraco” (22%) e “pouco leite” (14%) como relatados para o evento do desmame precoce. Assim como os autores anteriores, Almeida (1999), ao trabalhar com questões relacionadas ao desmame,

destacou que o leite fraco é uma das construções sociais mais utilizadas como modelo explicativo para o abandono da amamentação. Além disso, a utilização do leite fraco como alegação para o desmame tem uma secularidade, que se funda no movimento higienista do século XIX, o qual promovia a amamentação por meio de ações que buscam responsabilizar a mulher pela saúde do filho e culpabilizá-la pelo desmame. E do ponto de vista biológico, segundo Vinha (1999), não existe leite fraco e que são raras as intercorrências que impossibilitam a amamentação.

Apesar das mães reconhecerem que o leite materno é o melhor, ainda surge nos relatos, falas de que a criança não fica satisfeita com este leite. Assim, as mães analisam e fazem julgamento sobre as manifestações do comportamento do filho, tais como os períodos de sono, a frequência entre as mamadas e principalmente, o choro da criança. Interpretando o choro como fome e o sono como sinal de saciedade, a mãe espera que a criança durma logo após mamar e quando isso não ocorre, considera a quantidade de leite produzida como insuficiente ou que seu leite não tem a qualidade necessária para suprir as necessidades do filho (ISSLER et al, 2010).

Além destes mitos algumas mães desta pesquisa relataram não produzir leite materno suficiente para a criança. Compreensão esta que é considerada como um elemento exclutor, pois leva a mãe a desmamar, devido a não credibilidade na sua capacidade de produção de leite. Este tema foi discutido no grupo de discussão comunicativo e as mães confirmaram esta compreensão e a associaram a alguns eventos como patologias maternas e falta de informação e comunicação com os profissionais de saúde. As mães também confirmaram o evento da baixa produção de leite materno.

“... de eu ver eles querer, porque estavam com fome o meu seio não tinha bico, o leite que tinha não era suficiente para eles...”(SIR)

“...eu já não tinha muito leite, porque para sugar tem que vim o leite e ele não sugava ai às enfermeiras falavam que ele tinha que sugar antes de sair do hospital”(B)

De acordo com Frota et al (2009), a inobservância da ejeção do leite e a manifestação de insatisfação da criança com o choro frequente põem em dúvida a condição ideal do leite materno. Os autores observaram que manifestações de dificuldades das mães em lidar com o choro e a fome da criança, e a partir disto associarem à concepção de que a composição e a quantidade do leite eram insatisfatórias às necessidades da criança; foram razões justificadas para interromper o aleitamento materno ou oferecer outro leite e alimentos.

Contrariamente a alguns estudos, os resultados da pesquisa de Borges e Philippi (2003) revelaram que a maioria das mulheres (82,9%) considerou estar produzindo uma quantidade

de leite suficiente para satisfazer as necessidades do bebê no primeiro mês pós-parto, e apenas 17,1% revelaram estar produzindo leite insuficiente.

Segundo Giugliani (2004), a maioria das mulheres tem condições biológicas de produzir leite suficiente para atender a demanda de seu filho. No entanto, “leite fraco” ou “pouco leite” é ainda o argumento mais freqüentemente citado para a introdução de complementos, que pode culminar com o desmame. A autora relata que a queixa de “pouco leite” muitas vezes é uma percepção errônea da mãe, aliada a insegurança quanto à sua capacidade de nutrir plenamente o bebê, desconhecimento do comportamento normal de um bebê e opiniões negativas de pessoas próximas. A complementação das mamadas afeta negativamente a produção de leite, uma vez que a criança passa a sugar menos na mãe.

Praticar o aleitamento materno exclusivo não traz benefícios somente para a criança aleitada, mas também para a mãe que aleita, principalmente no pós-parto imediato. Este saber não foi mencionado pela maioria das mães, que relataram desconhecer as vantagens do aleitamento materno para a saúde materna. Fato este, considerado como elemento exclutor, uma vez que o não conhecimento de algumas destas vantagens faz estas mães amamentarem somente pelo seu filho, esquecendo-se de si própria. Isso facilita o desmame e a mulher perde a oportunidade de usufruir dos benefícios para sua própria saúde.

“Ah, eu nunca fui à palestra, eu não sei direito, eu sei as vantagens delas, a minha para falar a verdade eu não sei”. (TH)

A amamentação é pensada essencialmente como alimento, afeto e proteção necessários à saúde do bebê. Tanto que, há um desconhecimento dos benefícios do aleitamento materno a saúde materna, como favorecer o restabelecimento pós-parto e a prevenção do câncer, questão apontada no estudo de Nakano (2003). Ramos e Almeida (2003) também identificaram que as mães subestimam as próprias necessidades em detrimento aos cuidados dos filhos.

Somente algumas identificaram alguns benefícios da amamentação para a saúde materna e o mais relatado foi a perda de peso no pós-parto ocasionada pelo estímulo hormonal que o aleitamento materno causa ao útero. Elemento este considerado como transformador, uma vez que serve de estímulo para dar continuidade a prática de amamentar.

“... menos gasto, o peso você perde muito mais rápido, você perde no peso e ganha no bolso”  
(SIR)

“Eu me preocupava em cada vez, daí mais de mamar para ver se eu secava mais rapidinho se eu emagrecesse rapidinho, emagrecer era o que eu mais queria voltar a corpo no normal.” (D)

“Não, com o seio não. Eu tive preocupação de ele querer mamar bastante pra mim perder o peso mais rápido. Isso eu tive, porque eu queria emagrecer mais rápido...”(R)

De acordo com os estudos realizados por Rea; Morrow (2004) e Kac et al (2004), o aleitamento materno exclusivo mostrou-se importante para a saúde da mulher, uma vez que quando praticado por seis meses esteve associado a retardo na volta da menstruação e maior rapidez na perda de peso pós-parto.

Além disso, estudos revelam a proteção que o aleitamento materno confere a aquisição de câncer de mama. Shema et al (2007) avaliaram 256 casos comparados a 536 controles em Israel e os resultados mostraram que mulheres judias com duração mais curta de amamentação, início tardio da primeira mamada e percepção de “leite insuficiente” apresentaram maiores riscos de ter câncer de mama.

Ter o apoio da família e dos amigos para amamentar foi um aspecto relatado pela maioria das mães, o que é transformador, uma vez que amamentar não pode ser um processo solitário, deve incluir a todos: família, amigos e sociedade.

“... na minha dieta quis vim minha sogra ajudar e ele não deixaram, disse que não precisa, ele que fazia tudo, levava o neném para eu dar a mama, que na primeira semana eu não consegui levantar, ele participou nessa parte, ele (esposo) estava de férias” (K)

“Para por ele na barriga não tinha condição. Assim, quem me ajudou e ficou o tempo todo comigo foi minha mãe ne!” (R)

O apoio à mulher que amamenta é fundamental para que o processo se desenvolva harmoniosamente. A avó, especialmente a materna, pelo vínculo de confiança e intimidade que mantém com a mãe, pode proporcionar condições altamente favoráveis ao aleitamento natural. Outras pessoas do círculo próximo, como o companheiro, filhos mais velhos e mulheres com bom vínculo de amizade com a mãe, também podem prestar esse precioso apoio. Isto melhora a auto-estima, diminui a frequência de depressão pós-parto e facilita o aleitamento e oferece cuidados de melhor qualidade à criança. Considera-se que o apoio psicossocial é um aspecto altamente relevante, que deve inclusive, ser levado em consideração como um componente fundamental na estratégia de promoção do aleitamento materno (LANGER et al, 1998; ISSLER et al 2010).

#### **4.2.2 Práticas/Ações transformadoras e exclusoras ao aleitamento materno e desmame precoce**

A alimentação materna e o aleitamento materno foram elementos relacionados nas falas das mães, revelando a preocupação das mães em realizarem algumas restrições alimentares, por acreditarem que havia interferência na constituição e produção do leite materno, contudo nenhuma mãe realizou grandes restrições na sua dieta. Ações estas identificadas como elementos excludores a prática da amamentação, uma vez que não existem fundamentos científicos que comprovem a eficácia destas ações e a prática destas restrições se torna preocupante quando realizada de forma exclusiva.

“Falava para comer sopa que era bom, eu comia bastante sopa, tomava bastante água, mas infelizmente não adiantou. Eles faziam coisa para eu comer.” (B)

“... comi muito fígado, por que tem bastante ferro, cerveja preta também porque as antigas que falavam.” (SIR)

Segundo Queirós et al (2009), desde que não tragam prejuízos a amamentação, essas crenças são respeitadas pelos profissionais de saúde. Como por exemplo, as nutrizes e a família acreditam que a mulher que amamenta necessita alimentar-se com canja de galinha, que é uma sopa, porque senão ela não produzirá o leite. Outra prática popular é a ingestão de milho com leite e goiabada com leite, pois existe a crença de que esses alimentos aumentarão a produção do leite.

Alguns alimentos são recomendados por sua riqueza calórica, outros pelo seu conteúdo de cálcio e outros porque aumenta a necessidade da mãe ingerir líquidos, entretanto nenhum aumenta a produção de leite materno. (MALDONADO et al, 2008)

A partir das entrevistas foram identificados alguns aspectos relacionados ao manejo da amamentação que podem ter interferido para o sucesso do aleitamento materno e outros para o desmame precoce. A mudança de posição para amamentar foi outro aspecto relatado pelas mães, sendo transformador, uma vez que existe a possibilidade da não adaptação do bebê ou da mãe a uma determinada posição ao amamentar, favorecendo a busca por outras posições para que o momento seja prazeroso e eficiente para mãe e filho.

“Coloquei ele de tudo quanto é jeito, ate de ponta cabeça...; até em baixo do braço, e ao contrario ela colocava e não resolveu...” (R)

Segundo Gurgel et al (2008) pelas observações e relatos das mães, existe a preocupação das mães em posicionar o bebê para amamentar e, assim conseguir proporcionar uma pega correta.

O estabelecimento de horários fixos para as mamadas foi relatado por várias mães nas entrevistas, aspecto este visto como obstáculo, uma vez que o aleitamento materno deve ocorrer sob demanda livre e ao limitar o número de mamadas pode levar a diminuição da produção de leite materno.

“... tirava duas chuquinhas antes, dava mama pra ela, uma chuquinha pra ela e outra levava pra igreja pra ela tomar durante o culto como fosse no horário certo...; porque eu era sabia se ela tava com fome porque de 3 em 3 horas eu tentava, mais ela mamava colocava a mamadeira ela mamava muito pouco”(N)

Mamadas infrequentes, não esvaziamento adequado das mamas e quando a sucção da criança é ineficiente são eventos que fazem com que o leite produzido não seja drenado adequadamente levando ao bloqueio dos ductos lactíferos. (GIUGLIANI, 2004) Por isso, o estabelecimento de horários fixos é uma das causas das mamadas infrequentes e pode gerar conseqüências mais graves, desta maneira não é recomendado.

Em relação ao estabelecimento de horários pré-determinados para amamentar, já está bem documentada na literatura a importância da amamentação em livre demanda como um fator facilitador da amamentação e de manutenção da produção de leite materno. (OMS, 2009)

Um aspecto considerado como um elemento exclusor para o sucesso do aleitamento materno e, muito relatado pelas mães neste estudo foi o oferecimento de leite artificial utilizando a mamadeira concomitantemente a oferta do peito. Esta prática faz com que a criança mame cada vez menos no peito, uma vez que o leite artificial tem a digestão mais lenta que o leite materno, ou seja, parece trazer uma saciedade mais longa para a criança, e a criança mamando com menos frequência ao peito há uma menor produção do leite materno.

Além disso, o uso da mamadeira leva a criança a adquirir uma pega incorreta ao peito, proporcionando a confusão de bicos, uma vez que a pega no mamilo é diferente da pega na mamadeira, o que pode levar a criança a deixar o peito ou machucar os mamilos com pega incorreta.

“O trabalho, porque ai eu tive que intercalar a mamadeira e o peito, pois ela acabou acostumando com a mamadeira. Só o peito. Então eu saía do serviço, eles davam uma hora mais cedo para



gente, eu dava, mas uma hora não é o suficiente, ai tinha que dar a mamadeira, então nessa de dar mamadeira com Nan, ai ela foi acostumando com a mamadeira, é mais fácil...” (P)

“Compraram bombinha para mim ir tirando, ajudava massageando o peito, eu massageava bastante, porque enchia e doía, eu tirava e ia enchendo as mamadeiras e guardava na geladeira e ai dando do peito uma, ora o Nan”(J)

França et al (2008) constatou em seu estudo que as mães oferecem a mamadeira já aos sete dias de vida do bebê e esta ação se intensifica aos trinta dias pós-parto com as frequências de 21,3% e 46,9% respectivamente. Segundo este estudo, o conteúdo oferecido por mamadeira nestes períodos para as crianças foi, respectivamente, chá 31 (14,7%) e 78 (37,0%); água 2 (0,9%) e 20 (9,4%); leite industrializado 8 (3,8%) e 43 (20,4%) e leite materno ordenhado 10 (4,7%) e 8 (3,8%).

Segundo França et al (2008), o uso da mamadeira apresentou associação a presença de trauma mamilar e influência na técnica de amamentação para as mães entrevistadas. A explicação para esta influência é discutida por Righard (1996), ao explicar que as crianças com alimentação mista (peito e mamadeira) podem desenvolver técnica incorreta de sucção no peito. Para esse autor, algumas dessas crianças usam a língua como pistão ao sugar o peito, comportamento usual na sucção da mamadeira, mas não na sucção do peito.

O uso do copinho como meio para ofertar o leite materno ordenhado ao invés da mamadeira, foi citado por algumas mães como conhecimento e não como técnica utilizada. Aspecto este que é transformador, mesmo que seja somente conhecimento e não prática.

“Então eu também dava na xuca, dava no copinho (...). Então ele mamava de 3 em 3 horas no copinho. Dava no copinho pra ele todo dia”(R)

Gutierrez et al (2006) identificaram em seu estudo que 75% das mães entrevistadas não conheciam previamente a técnica do copo e relatavam não terem recebido nenhum tipo de informação acerca da técnica pela equipe de saúde. Contudo 79% das mães apresentavam-se receptivas e seguras em administrar a técnica com os filhos.

Segundo Carvalho e Tamez (2005), a alimentação do lactente por meio do copinho proporciona algumas vantagens, tais como: oferece uma experiência oral positiva para o lactente; requisita menor esforço do lactente em comparação a mamadeira; estimula sensores receptivos orais e olfatórios que proporcionam a produção de mais saliva e enzimas digestivas; promove os movimentos apropriados da mandíbula, língua e dos músculos da boca.

Além da oferta da mamadeira, identificamos também a chupeta utilizada concomitantemente ao aleitamento materno. Uma prática considerada um obstáculo, uma vez que altera a pega do mamilo, dificultando o aleitamento materno.

“...porque ele fica muito irritado. E a chupeta ele põe para dormir...”(R)

Parizoto et al (2009) em estudo dos determinantes da prática do AME, identificaram o uso da chupeta como fator significativamente associado com interrupção do AME nos primeiros 6 meses: crianças que chupavam chupeta apresentaram o dobro de chance de não estar em AME.

Vieira (2010) realizou uma análise multivariada para investigar os fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno e identificou que o uso da chupeta associa-se a um risco 53% maior de interromper ao aleitamento materno exclusivo.

Os fatores envolvidos nessa associação entre o uso da chupeta e o desmame ainda não são totalmente esclarecidos, porém alguns estudos trazem que é provável que o uso de chupeta implique na redução do número de mamadas por dia e, como consequência, menor estimulação do complexo mamilo-areolar e menor produção de leite, levando à necessidade de suplementação. (SANTO et al, 2007; CHAVES et al, 2007; CASTILHO; ROCHA, 2009)

O uso da bomba tira leite foi mais evidente nas falas das mães que a realização da ordenha manual tanto para a resolução do ingurgitamento mamário quanto para a extração de leite materno. A utilização do instrumento da “bombinha” é um obstáculo, uma vez que pode levar a fissura mamilar devido à pressão negativa que ela exerce sob o mamilo. As mães relataram que o uso da bombinha foi bastante efetivo, poucas referiram o efeito adverso.

“... elas mesma tiravam com a bombinha para mim porque eu não tinha jeito de tirar...”(N)

“Aí eu comecei também a tirar na bombinha porque enchia, porque conforme ele ia sugar eu não agüentava...” (S)

“O que mais me ajudou foi a bombinha, eu tirava o leite, eu não sabia outro jeito, porque as meninas (agentes comunitárias de saúde) vieram aqui mas não falaram para tirar com a mão”(J)

Em documento sobre alimentação complementar e aleitamento materno, o Ministério da Saúde traz algumas causas mais comuns de dor para amamentar e dentre elas o uso impróprio de bombas de extração de leite está identificado. (BRASIL, 2009c)

Em relação ao uso de instrumental específico, a ordenha mamária representa o ato mecânico de esvaziamento dos seios lactíferos. Assim, a ordenha pode ser efetivada manualmente

ou pelo uso de bombas manual ou elétrica. Quando utilizados estes instrumentos em seus diferentes modelos, surge a necessidade de acrescentar as orientações quanto ao manuseio e esterilização dos mesmos. (REGO, 2006)

A fissura mamilar e o ingurgitamento mamário foram situações presente no processo do aleitamento materno e desmame precoce das mães deste estudo e, para algumas, foram as causas do desmame precoce. Entretanto, o que foi efetivamente um elemento considerado como obstáculo foi o manejo incorreto destes problemas, tais como, o uso da casca de banana e de pomadas no tratamento da fissura mamilar; uso da bomba tira leite para tratar o ingurgitamento mamário, aplicação de água quente para facilitar a ordenha do leite ingurgitado, banho de sol no tratamento das fissuras mamilares e uso de sutiã apertado para conter o ingurgitamento. Estas são práticas que dificultaram a resolução destes problemas mamários e conseqüentemente a manutenção do aleitamento materno.

Não tivemos somente práticas exclusoras relatadas pelas mães, foram também identificadas práticas transformadoras, como o uso do leite materno para tratar a fissura mamilar. Esta é uma prática segura e eficiente e tem efeito cicatrizante sob a fissura ou escoriação mamilar, portanto identificado como uma ação transformadora.

“... aí o médico falou para mim que o leite mesmo você passando no seio, no bico...,que melhorava...”(S)

“...falavam de uma tal da casca de banana, aquela parte branca, fiz, não resolveu. Aí o médico falou para mim que o leite mesmo você passando no seio, no bico e ficar no sol, que melhorava. Fiz também, não melhorou...”(S)

“... porque eu queria que secasse, doía muito o meu peito, tenho que tirar com a bombinha enchia muito, chegou até empedrar, ou eu colocava o sutiã apertado, tomava banho com água gelada...” (J)

“Eu aprendi que tinha que ser água quente. Uma amiga minha que é enfermeira de Bauru fala que em Bauru todo mundo tem que fazer compressa com água quente. E realmente na água quente melhorava...”(R)

Montrone et al (2006) identificaram que a conduta mais adotada na fissura mamilar foi a utilização do próprio leite materno na região mamilo-areolar (55%). Esta conduta vem sendo indicada no tratamento úmido das fissuras mamilares (GIUGLIANI, 2004), já que o leite forma uma película protetora que impede a desidratação das camadas mais profundas da derme, facilitando a cicatrização dessas soluções de continuidade.

O uso de práticas populares no tratamento das fissuras mamilares ainda é presente entre as ações das mães, tais como o uso de casca de banana, entretanto segundo Giugliani (2004), essas práticas devem ser evitadas até que haja estudos indicando sua eficácia e inocuidade. Novak et al (2003) encontraram níveis significativos de microorganismos potencialmente patogênicos na casca de banana, o que pode favorecer o início de um processo infeccioso, se as cascas forem aplicadas sobre as fissuras.

O uso de sutiã apertado é segundo Giugliani (2004), uma das causas do bloqueio dos ductos lactíferos, uma vez que leva uma pressão local em uma área por isso não é recomendado.

O uso do tratamento seco (banho de luz, banho de sol, secador de cabelo) para cicatrização de feridas, incluindo as fissuras mamilares não é mais recomendado porque se acredita que a cicatrização de feridas é mais eficiente se as camadas internas da epiderme se mantiverem úmidas. Portanto, atualmente se recomenda o tratamento úmido que inclui o uso do próprio leite materno, cremes e óleos apropriados com o objetivo de formar uma camada protetora que evite a desidratação das camadas mais profundas da epiderme. (BIANCUZZO, 2000)

A ordenha manual do peito foi uma ação praticada por algumas mães deste estudo, o que é transformador, entretanto relatam dificuldades em realizar a ordenha manual do peito, seja ela para tratar o ingurgitamento ou para retirar o leite materno e depois oferecer a criança. Este aspecto foi identificado como obstáculo ao aleitamento materno, pois ordenhar o peito é uma das mais eficientes e práticas ações para tratar o ingurgitamento mamário e, oferecer o leite ordenhado, além desta manobra não agredir o peito.

“Eu ficava massageando, porque fiquei com medo de ficar duro, ai não saia mais o leite, como eu massageava parecia que esparramava, ficava molinho e aliviava a dor, para mim foi isso, agora para ele, igual a mim te falei, eu acho a questão da proteção” (K)

“Ordenhar. Dá leite. Ordenhou bastante, porque não é fácil tirar leite não. Sozinho você não consegue ne” (R)

De acordo com Giugliani (2004), quando o bebê não suga, a mama deve ser ordenhada manualmente ou com bomba de sucção. O esvaziamento da mama é essencial para dar alívio à mãe, diminuir a pressão mecânica nos alvéolos, aliviar o obstáculo à drenagem da linfa e edema, diminuir o risco de comprometimento da produção do leite e, sobretudo, da ocorrência de mastite.

Estima-se que a maioria das mulheres não tem informação adequada e nem habilidades para ordenhar a própria mama com o objetivo de esvaziá-la ou também como estratégia

para o retorno ao trabalho. A ordenha ainda é procedimento pouco usual e, em decorrência, reconhecido como difícil, raro e dependente da ajuda de profissionais de saúde e de instrumental específico. (ISSLER et al, 2008)

O uso da relactação<sup>5</sup> foi mencionado por uma mãe, apesar de não ter tido sucesso com a prática. Elemento este, entendido como transformador, no sentido em que houve tentativa de utilizar outras soluções antes que o desmame acontecesse. Entretanto, algumas mães relataram sobre o mito da não possibilidade de voltar a amamentar depois o desmame, pois segundo as mães aquele leite não seria bom para a criança, o que se caracteriza como um elemento exclutor, dado que esta compreensão pode levar a descrença em sua capacidade de amamentar em outra gestação.

“E agora, é como eu tava falando pra você, ele queria, e agora não tem mais. Porque agora você vê que ele procura. Também falaram que não podia por ne, porque ficar agitado ne. É isso? Eu não acredito nisso...” (R)

A relactação é um método baseado na sucção freqüente do peito pelo bebê, visando ao aumento da produção da prolactina e, com isto o restabelecimento da lactação em uma mulher com baixo fluxo de leite ou naquelas que já não estejam mais produzindo leite. (REGO, 2006) Assim torna-se evidente que a reversão do desmame é possível mesmo com as mães que já tiveram sua produção de leite interrompida.

Algumas mães mencionaram o uso de dispositivos intermediários para o mamilo como bico de silicone e “concha protetora” que são vendidos comercialmente como eficazes para mamilos não protrusos e para tratamento de traumas mamilares.

“Meu esposo foi na farmácia e comprou um bico de silicone, porque agente coloca, aí que dava uma amenizada, doía...” (S)

A concha protetora pode ser usada em casos de trauma mamilar, entre as mamadas, eliminando o contato da área machucada com a roupa. Contudo, é necessário orientações em relação à higienização da concha protetora, para não ser fonte de contaminação, e que a mãe esteja atenta a áreas endurecidas e doloridas, decorrentes do bloqueio de ductos lactíferos pela excessiva compressão da concha. Portanto, estes dispositivos podem ser elementos exclutores, se a mãe não

---

<sup>5</sup> A relactação ou translactação são utilizadas na transição da alimentação por gavagem para a sucção no peito, fixando uma seringa sem o êmbolo acoplada a uma sonda gástrica número 4, com as extremidades com furos colocadas ao nível do mamilo. Colocar o leite materno ordenhado na seringa e o bebê irá abocanhar a aréola e a sonda, estimulando assim a lactação. (BRASIL, 2009 c)

for acompanhada adequadamente e também não garantem melhora da pega no peito e não são eficazes no tratamento de fissuras. (BRASIL, 2009b)

Issler et al (2008) trazem alguns estudos acerca do uso das conchas protetoras. A concha protetora é um aparelho de plástico duro formado por um anel no meio da base atado a uma cúpula; a abertura central do anel é colocada sobre o mamilo plano ou invertido, de modo que ofereça uma leve e constante pressão na sua base, provocando a sua projeção para fora. Assim, recomenda-se utilizá-la sob o sutiã pela maior parte do dia. Entretanto, alguns estudos retratados por Issler et al (2008) relatam que apesar de grande popularidade das conchas de amamentação, não se conseguiu provar sua eficácia.

Carvalho e Tamez (2005) retratam em seu estudo que o uso do dispositivo intermediário (bico) de silicone usado em caso de mamilo dolorido ou pouco protruso é desnecessário. Segundo os autores trata-se de um bico com base larga e plana para se colocar sobre o mamilo com o objetivo de facilitar a pega, entretanto, não se alcança este objetivo, uma vez que seu uso leva a confusão de bicos e assim interfere negativamente com o sucesso da amamentação.

O estímulo do peito na gestação para favorecer a protrusão do mamilo foi uma prática bastante mencionada pelas mães. Entretanto, consideramos como um aspecto exclutor, uma vez que além de não garantir a protrusão do bico, pode levar a lesão do mesmo.

“Eu teria feito bico no primeiro dia em que eu fiquei sabendo que estava grávida, estimulando durante a gravidez, que quando a criança nascer, o peito tivesse bastante bico, pra criança pegar.” (N)

‘...porque eu acho que eu tentei de tudo, até fazer bico, na minha gravidez inteira eu tentei fazer usei um preparo para fazer o bico, então eu acho que a minha consciência, o que eu pude fazer para eles pegarem, eu fiz...’ (S)

Segundo Issler et al (2008), o preparo das mamas tem como objetivo fortalecer a pele do peito para evitar rachaduras e dor nos mamilos, o que leva algumas mães a abandonarem o aleitamento. Entre as orientações de cuidado com as mamas na gestação temos: uso do sutiã adequado com estruturas firmes e com orifício nos bojos para permitir a exteriorização dos mamilos; banhos de sol nos mamilos diariamente; exercícios diários para melhor formação dos bicos dos peitos ou também chamados de exercícios de protrusão; no último mês de gestação pode ensinar a mãe a extrair o colostro para melhorar a permeabilidade dos ductos e facilitar a sucção para a criança.

Entretanto, evidências contra-indicam a preparação das mamas e mamilos no período gestacional, no sentido de buscar reverter ou de tratar mamilos planos. Por não trazer benefícios, esta preparação não deve ser estabelecida como rotina. Portanto, a ênfase no conteúdo abordado com as gestantes deve ser em relação a motivação, ao manejo da lactação, priorizando a aquisição de habilidades e autoconfiança a futura mãe. (REGO, 2006)

Segundo Maldonado et al (2008) o preparo das mamas na gestação, deve ser desestimulado, uma vez que existem evidências que comprovam sua ineficácia. Carvalho e Tamez (2005) colocam que, apesar da pouca possibilidade de efeitos adversos da prática do estímulo das mamas, é provável que os exercícios de exteriorização do mamilo possam até produzir micro traumatismos.

O uso dos meios de comunicação, tais como a televisão e a internet foram estratégias utilizadas pelas mães para ter acesso às informações, o que se considerou como transformador quando transmite informações fidedignas sobre os benefícios do aleitamento materno. É importante que as mães busquem sanar suas dúvidas e informações nestes meios e também com os profissionais de saúde, e que elas sejam utilizadas de maneira adequada.

“Eu lia bastante, na internet porque eu ficava preocupada, eu vou começar a trabalhar, será que vai parar o meu leite, então comecei a ler bastante...” (K)

“... que o leite de caixinha não é tão bom quanto do peito né! Para ele pode ser, mas para mim eu não sei. Nunca vi, nunca ouvi falar. É uma criança mais saudável né. É o que eu ouvi falar. Tem menos né, não dá resfriado, essas coisas né! É o que eu vejo na televisão, eu já vi isto na televisão, agente vê em posto de saúde também...” (S)

Segundo Rezende et al (2002), os conceitos transmitidos pelos meios de comunicação, tradições, escola, família e outros exercem influência na tomada de decisão das pessoas. Vale destacar ainda que, em um mesmo ambiente social, há uma pluralidade de idéias a respeito de um mesmo tema, sendo muitas delas, eventualmente, contraditórias.

A comunicação ajudou a conectar o movimento pró-amamentação com adeptos em todos os lugares do mundo. Com o potencial de comunicação em rede fica mais fácil construir alianças com grupo de interesses que lutam pela promoção do aleitamento materno. Além disso, com a internet, a divulgação dos estudos é feita rapidamente dando subsídios para o convencimento das pessoas em geral e, dos profissionais de saúde em relação à superioridade do leite materno. Os governantes também utilizam a internet como instrumento para estabelecer as políticas em prol do aleitamento materno (ISSLER et al, 2008).

### **4.2.3 Eventos transformadores e excludores ao aleitamento materno e desmame precoce**

#### **Intercorrências Materna**

O ingurgitamento mamário e a fissura mamilar foram eventos presentes na vivência do aleitamento materno para as mães deste estudo e, assim elencados como excludores, uma vez que na maioria dos casos levou ao desmame precoce. Entretanto, uma das mães relata ser possível amamentar mesmo diante destes problemas, os quais não se constituem um impedimento para continuar a amamentar.

“... e depois eu tive um problema de rachadura, mas isso também não prejudicou para dar mama para ele, ai depois eu achei a saída para rachadura, eu resolvi, não rachou mais...” (K)

“A dificuldade é que deu aquele começinho, rachava, rachou só isso, a dificuldade foi só essa. Enchia demais porque acho que ele não conseguia sugar tudo (...)” (S)

Segundo Montrone et al (2006), 47,6% das mulheres entrevistadas apresentou trauma mamilar, caracterizando-se como uma dificuldade importante no início da amamentação e podendo ser considerada a principal dificuldade a ser enfrentada pelas mulheres durante a primeira quinzena pós-parto.

A presença da fissura mamilar, cuja ocorrência, segundo Carrascoza, (2004), está associada, na maioria dos casos, a técnicas incorretas de pega do mamilo durante a sucção (a criança exerce preensão apenas sobre o mamilo, ao invés do mamilo e aréola), à forma inadequada de retirada da criança do peito e à falta de exposição das mamas ao sol.

O ingurgitamento areolar, ou seja, aquele quando fica restrito a aréola, a criança pode ter dificuldade na pega, impedindo o esvaziamento adequado da mama, o que piora o ingurgitamento e a dor. (GIUGLIANI, 2004)

Segundo Lana (2001), uma das dificuldades frequentemente observadas é a produção excessiva de leite durante as primeiras semanas após o parto. Esta síntese de leite em abundância ocorre para garantir leite suficiente para amamentar, em certas ocasiões, mais de um filho. Com o passar dos dias, a quantidade de leite produzida vai se ajustando ao volume de leite ingerido pela criança, culminando na redução da produção de leite e no tamanho das mamas. Mas, enquanto esta



adaptação não ocorre, pode haver um acúmulo de leite nas mamas, especificamente nas ampolas lactóforas, levando a um processo de ingurgitamento.

Segundo Nakano et al (2007), pode haver divergências de interpretações entre os profissionais de saúde e as mães sobre o que é normal. As ações preventivas e de tratamento para o “peito empedrado” pautam-se no controle da produção de leite, o que parece estar dissonante frente aos elementos da cultura, apresentados pelas mulheres de seu estudo. Para elas, a boa produção de leite é condição de um corpo saudável e funcional, desarticulando a noção de peito cheio como indicativo de desequilíbrio e anormalidade na produção de leite. Isto possibilita compreender porque medidas preventivas e curativas de retirada do leite acumulado, prescritas pelos profissionais de saúde, não encontram a adesão esperada entre as mulheres, de um modo geral.

A presença da dor decorrente de problemas mamários como fissura mamilar e ingurgitamento mamário foi identificada também como obstáculo, pois levou as mães a desmamarem precocemente seus filhos.

Assim como a dor se constitui um obstáculo, a conformidade com tal sensação é mais agravante. A subestimação da dor também foi evidenciada nas falas das mães, ato este em benefício de dar continuidade na amamentação para a saúde do filho. Este fato é um obstáculo à prática de aleitar, uma vez que amamentar não deve ser visto como algo doloroso e de sacrifício da mãe.

“Aí eu comecei também a tirar na bombinha porque enchia, porque conforme ele ia sugar eu não agüentava aí eu tive que revezar com a mamadeira, porque eu não agüentava de dor...” (S)

“... eu puxava o bico com a bombinha, doía, mas sabendo que era para a criança, acho que com dor mesmo.” (N)

Nakano (2003) identificou em seu estudo a introspecção dos atributos maternos aos corpos e mentes das mulheres, revelando que a consequência desta ação sem ciência é a justificativa para a dedicação e sujeição das mães ante os resultados de ter o filho bem cuidado. As mães do presente estudo também abdicam de si próprias para o benefício do seu filho, quando renegaram a presença da dor para amamentar.

Nakano (2004) em sua tese coloca que pela criança, a mãe suporta tudo, até as temíveis dores do parto; por ela a mãe enfrenta o desconforto de segurá-la ainda no centro obstétrico, suportando o cansaço, a espera da dequitação, o incômodo dos pontos da sutura perineal. Estas vivências são marcadas pela construção social e histórica da maternidade romântica, em que as mulheres devem sacrificar-se, doar-se e se restringir em função dos filhos. Assim como Nakano

(2004), Badinter (1985) já ressaltava que todo o sofrimento da mulher é inerente a sua função de mãe e, por isso deve ser bem tolerado, construção esta que começou a ser incorporada a partir do século XVIII.

A presença de prótese mamária foi outro elemento citado por uma das mães como sendo um possível obstáculo no aleitamento materno, uma vez que, segundo sua compreensão havia interferência na produção de leite materno.

“Que podia ser o silicone. Que eu tinha que ter paciência de dar. Mais eu tinha muita paciência, porque se fosse assim, eu teria desistido fazia muito tempo...” (R)

Segundo estudos realizados por órgão internacional, em virtude do uso cada vez mais freqüente de implantes de próteses de silicões para aumento ou correção de mama, algumas informações advindas da literatura são plausíveis. Assim, estes estudos trazem que o silicone utilizado para aumento do volume das mamas em cerca de 1 milhão de mulheres norte-americanas até o ano de 2001. No entanto, apenas um estudo relatou disfunção esofagiana em 11 crianças amamentadas cujas mães receberam implantes, porém outros estudos não confirmam esses achados. Assim, a American Academy of Pediatrics (2001) classifica o implante de silicone como compatível com a amamentação.

Segundo Issler et al (2008), as cirurgias de mamoplastia de aumento geralmente não interferem na quantidade e qualidade do leite produzido, uma vez que o complexo areolomamilar é preservado e não há interferência com as glândulas.

Algumas patologias maternas e uso de medicamentos na gestação e no pós-parto foram identificadas nas falas e se constituíram elementos excludores a concretização do aleitamento materno. Alergia materna com o conseqüente uso de medicamentos na gestação, anemia na gestação e no pós-parto e pré-eclampsia foram alguns eventos patológicos maternos que influenciaram negativamente no processo do aleitamento materno, segundo relatos das mães.

A disfunção hormonal também foi um aspecto identificado nos relatos como uma possível causa para a baixa produção de leite materno, segundo as mães. Este evento é considerado como obstáculo ao sucesso do aleitamento materno, uma vez que a produção do leite materno é regida pela ação de hormônios e sua descompensação poderia levar em uma diminuição na produção de leite materno.

“Aí eu fui fazer exames de hormônios e deu que a prolactina tava alta, eu tava tomando remédio com prolactina...” (R)

“... lá na maternidade ele já me falou que a minha anemia estava forte, ai eu já pensei que poderia ter uma relação, porque o leite é do sangue, e como eu já sou meio desnutrida, eu não comia tudo o que tinha que comer...” (TH)

“Na maternidade não descia o leite pra mim direito, porque eu tive que tomar remédio forte, por causa da pressão, e ai parou de descer o leite...” (SAR)

Apesar da excelência do leite materno, existem ocasiões em que o profissional de saúde deve considerar o risco/benefício da terapia medicamentosa na mãe que amamenta. A recomendação para interromper a amamentação durante o tratamento medicamentoso da nutriz é muito comum, apesar de, na maioria das vezes, ser possível conciliar o tratamento com a manutenção da amamentação. A maioria das drogas passa para o leite materno, mas em pequenas quantidades; e mesmo quando presentes no leite, as drogas poderão ou não ser absorvidas no trato gastrointestinal do lactente. Só excepcionalmente, quando a doença materna requer tratamento com medicações incompatíveis com a amamentação, esta deve ser interrompida (BRASIL, 2010).

Segundo o manual técnico publicado pelo Ministério da Saúde, com relação aos medicamentos os anti-histamínicos, ou antialérgicos, não sedativos (2ª geração) devem ser preferidos àqueles com propriedades sedativas (1ª geração), entretanto relatos sugerindo risco de supressão da lactação por esses fármacos não encontram respaldo científico. Com relação ao uso dos anti-hipertensivos, a orientação geral é que estes são excretados no leite materno em pequenas concentrações, inócuas para o lactente. Outras fórmulas são excretadas em maior quantidade, por isso a única recomendação é monitorar o lactente em sinais vitais e maior cuidado com lactentes com algumas disfunções hepáticas e renais, porém não há evidências destes medicamentos na supressão da lactação (BRASIL, 2010).

A presença do cansaço materno no pós-parto e no puerpério foi um evento presente na vivência do processo da amamentação para as mães deste estudo, estado físico e psicológico identificado como obstáculo, uma vez que este desgaste influencia diretamente na condução deste processo pelas mães.

“... e como eu trabalhava, chegava cansada e ainda tenho o pequeno que queria ficar no colo, porque tinha ciúmes e ai eu achei melhor dar a mamadeira mesmo...” (P)

Segundo Issler, et al (2010), o discurso das mães revela o cansaço físico, o qual é capaz de alterar o equilíbrio psicoemocional das mulheres. Todo o desgaste pode aumentar a sensação de cansaço físico, fechando um ciclo prejudicial à manutenção da amamentação. Além

disso, as sensações físicas negativas podem levar à inibição do reflexo de ejeção e, assim, à impressão de não ter leite.

O pós-parto foi um momento bastante lembrado pelas mães e caracterizado por muita agitação da família para com o nascimento do bebê, o que segundo estas mães não contribuíram positivamente na amamentação, assim identificado como um elemento excludor. O momento do nascimento é um momento da presença da família, entretanto para algumas mães a presença de familiares oferecendo uma gama de “palpites” nas condutas maternas foi um obstáculo também na condução da amamentação.

“A minha dificuldade eu acho que foi assim, eu sai de lá do hospital, da maternidade, cheguei em casa tinha muita gente. Eu acho que isso também contribuiu para ele não pegar. Muito barulho. Entendeu? Muita gente querendo pegar...” (R)

Silva (1999) enfatiza a importância da influência exercida por familiares, amigos e profissionais que convivem de alguma forma com a nutriz, muito embora eles nem sempre estejam preparados para tornar a amamentação menos conflituosa.

Revinales et al (2010), em revisão de literatura acerca do desmame traz que os conhecimentos das mães sobre amamentação são transmitidos pelos meios de comunicação, tradições, escola, família e, outros. Estes conhecimentos exercem influências na tomada de decisão das pessoas e destacando ainda que, em um mesmo ambiente social, há uma pluralidade de idéias a respeito de um mesmo tema, sendo muitas delas eventualmente, contraditórias.

O estresse e nervoso foram sentimentos vivenciados por algumas das mães deste estudo e identificados por elas como aspectos que influenciaram negativamente na amamentação.

“Do menor eu tirei, porque eu passei muito nervosa com o marido, discutia muito, e ai eu dava de mama para ele, eu via que ele ficava agitado, eu não sei se isso tinha alguma coisa a haver, mas eu fui achando que eu passava esse nervoso para ele...” (P)

Segundo as mulheres do estudo realizado por Nakano et al (2007), dentre as práticas e saberes populares que possibilitam manter a produção de leite, elas reconhecem como essencial para si, como nutrizes, a boa alimentação e o estado de tranquilidade.

Segundo Issler et al (2008), o estresse desencadeado muitas vezes por problemas tais como a falta de assistência e apoio à a amamentação, erro na técnica da amamentação, pouca ingestão de líquidos pela mãe podem interferir na descida e manutenção do leite, e assim a

quantidade de leite pode tornar-se menor, levando a mãe a suplementar o aleitamento com leites artificiais, que irão contribuir ainda mais para a diminuição da secreção do leite.

Do ponto de vista psicossomático, as emoções como medo, ansiedade, fadiga e dor interferem negativamente no reflexo de ejeção do leite, através da inibição hipotalâmica da secreção de ocitocina e da liberação de adrenalina (CARVALHO; TAMEZ, 2005).

### **Dificuldades relacionadas ao bebê**

Alguns aspectos relacionados ao bebê foram relatados pelas mães. Criança preguiçosa demais foi um destes aspectos, o que dificultava a mãe em acordá-la para mamar e também para posicioná-la corretamente ao peito foi identificado como obstáculo a amamentação.

“... eu fiquei preocupada, porque ele não sugava, eu tirava a roupa dele, tentava acordar ele, que era muito dorminhoco....” (B)

“... aí no copinho não adiantava porque ela nem abriu a boca, ela abria, ela dormia e não abria a boca pra nada, nada....; ia dar banho nela dormindo nem no banho ela acordava, então ela preguiçosa, então era uma dificuldade” (N)

A dificuldade do bebê em realizar a sucção e adquirir uma pega correta no peito foram elementos dificultadores elencados pelas mães, os quais contribuíram para que o desmame precoce ocorresse.

“... eles eram prematuro, eles não sabiam, lá em São Carlos enfermeira fez uma simulação na boquinha dele para ver se ele puxava, aí ele não puxou, como eram prematuro, eles tinham que aprender...” (S)

Algumas vezes, a dificuldade do bebê em sugar pode estar associada ao uso de bico artificial ou chupeta, ou ainda à presença de dor, quando é posicionado para mamar. O manejo nesses casos se restringe a acalmar a mãe e o bebê, suspender o uso de bico e chupeta quando presentes e insistir nas mamadas por alguns minutos a cada vez (BRASIL, 2009-b).

Diferentes fatores podem estar dificultando ou impossibilitando a sucção do bebê. Assim, ele é levado ao peito, mas não demonstra qualquer interesse para sugar ou permanece adormecido. Segundo os autores, o sono é um dos fatores, ou seja, alguns bebês dormem mais que outros, possuindo assim um ritmo de apetite diferente e com isso podem piorar o seu estado de letargia e ficam fracos por não mamarem e têm menos força para sugar. Esta sonolência também

pode estar relacionada a alguma medicação ingerida pela mãe, que passando pelo leite pode gerar este efeito. Outra situação está relacionada com os bebês prematuros e de baixo peso que podem não conseguir sugar por imaturidade ou fraqueza muscular (ISSLER et al, 2008).

Segundo Maldonado et al (2008), a sonolência e pouca sucção do bebê fazem com que a demanda pelo leite materno se reduza, reduzindo também os estímulos e, conseqüentemente a produção de leite, o que pode se caracterizar com um ciclo vicioso.

Algumas mães relataram acerca da rejeição do bebê ao peito, o que é um obstáculo e faz com que a mãe tenha uma percepção negativa e frustrante do ato ser a fonte de nutrição para seu filho e seu bebê rejeitar, o que pode levá-la a pensar que seu leite é ruim, culminando com o desmame precoce.

“... depois de um mês ela não quis mais o peito, ela tinha nojo do peito, eu colocava na boca dela, e ela tinha nojo, ela não pegava mais, mesmo tendo leite ela não queria...” (P)

“Ele rejeitava. Você colocava assim, e ele fazia caras e bocas sabe...não queria de jeito nenhum...”(R)

Segundo Figueiredo (2006), alguns bebês resistem às tentativas de serem amamentados e, com frequência, não se descobre a causa dessa resistência inicial. A maioria dos problemas iniciais com a pega está relacionada à técnica de amamentação. Assim, segundo o autor é preciso observar bem a mamada para se identificar a dificuldade e a ajuda que pode ser oferecida.

Volpini e Moura (2005), também encontraram em seu estudo a rejeição do bebê como causa do desmame precoce relatada por 21, 7% mães, ocupando assim o segundo lugar na lista de causas enumeradas pelos autores.

A presença do choro da criança foi um fator prevalente nas falas das mães, fator este que trazia muita preocupação para as mães e as faziam praticar algumas condutas não adequadas com relação ao aleitamento materno. Por isso, para este estudo o choro foi identificado como obstáculo ao aleitamento materno, uma vez que provocou ações maternas inadequadas.

“... eu percebi que ele não estava mais se sustentando com o meu leite, então porque ele mamava, chorava, sob e depois eu percebi, depois que comecei a dar leite para ele, ele mamava, brincava e dormia” (K)

“... ela nem sugava, ela só chorava, colocava o bico na boca dela, ela chorava, ai tinha que ta tirando ela, ai eu comecei a tirar o leite...” (N)

Entre as condutas maternas decorrente do choro excessivo da criança está a introdução de leites artificiais precocemente, ocasionando o desmame precoce, aspecto este apresentado nos resultados do estudo de Borges e Philippi (2003).

Invariavelmente o choro do filho é associado pela mãe à fome do bebê e, por consequência, a problemas relacionados à produção insuficiente de leite ou ao fato desse ser fraco. Essa insegurança materna quanto ao choro do filho se apresentou como um elemento desencadeador para o desmame, nos resultados encontrados por Ramos e Almeida (2003).

É natural que as mães associem o choro do filho à fome, entretanto segundo Giugliani (2004), outros aspectos devem ser observados para confirmar a insuficiência do leite para o bebê, tais como, o bebê não fica saciado após as mamadas, quer mamar com frequência, faz mamadas muito longas e não ganha peso adequadamente (< 20 g por dia).

### **Fatores Extrínsecos**

O tipo de parto foi um item presente nas falas das mães como elemento influenciador no processo do aleitamento materno. A cesariana foi identificada pelas mães como a via de parto não favorável para a prática da amamentação, principalmente na recuperação do pós-parto imediato, em que a mulher fica limitada aos movimentos devido ao corte cirúrgico e a anestesia, o que dificulta para amamentar. Portanto a via de parto, especificamente a cesárea se constitui um obstáculo ao aleitamento materno.

“... então, você fica com dificuldade de sentar. Porque você ta deitada, ta anestesiada não tem como você ficar ne, sentada em posição confortável pra você já dar” (R)

“... o médico falava para mim que é da anestesia, reação da anestesia, o ginecologista que falou para mim. Ele falou que tem mulher que por causa da anestesia, por dar essa reação, a anestesia ajuda a cortar um pouco...” (D)

Igualmente, mulheres que não receberam anestesia, ou seja, aquelas que tiveram partos normais sem episiotomia e, portanto, não sofreram os desconfortos relacionados à presença de dor em incisão cirúrgica abdominal ou perineal, praticavam o posicionamento adequado da puérpera ao amamentar o seu filho, bem como o fato do RN não ter recebido nenhum tipo de substância anestésica ao nascimento. Entretanto, os bebês cujas mães receberam doses altas de substâncias anestésicas, tendem a ficar mais sonolentos e com sucção mais débil. Este fato poderia

comprometer a sucção adequada do RN ao peito materno, favorecendo o aparecimento de lesões. (MARTINS, 2000)

Assim, como a via de parto, as rotinas de algumas maternidades e hospitais foram identificadas nas falas de algumas mães como obstáculo ao aleitamento materno. A demora para primeira mamada, separação entre mãe e filho e o oferecimento precoce de leite artificial foram situações que se constituíram como obstáculo para um início bem sucedido da amamentação. Entretanto, uma mãe relatou que vivenciou a mamada precoce na sala de parto, o que foi um evento transformador para início e continuidade do aleitamento materno, além de ter sido uma experiência importante para a mãe - *foi uma delícia*.

“Eu sei que a primeira vez que deram pra ele o NAN, pra ele no copinho foi à meia noite. Então eu acho que ele ficou todo esse tempão sem. Porque eu não lembro de ter dado mama pra ele, e nem de ninguém vim por ele pra mamar. Então, eu acho que ele ficou esse tempo todo sem mamar nada” (R)

“... logo que ele nasceu o médico já o trouxe no peito, lá na mesa da cirurgia ele já trouxe, para ele já sugar, a primeira mamada foi uma delícia...” (K)

Edmond et al (2006) em sua pesquisa coloca que a amamentação precoce pode levar a uma considerável redução na mortalidade neonatal. Segundo os autores, esta mortalidade neonatal pode ser reduzida em 16,3% quando a criança receber o aleitamento materno exclusivo no primeiro dia de vida e em 22,3% se ocorresse na primeira hora de vida da criança. Além disso, o estudo traz as justificativas para tais conclusões, ou seja, as mães que amamentam logo após o parto têm maior chance de serem bem sucedidas na prática da amamentação, os alimentos pré-lácteos, comumente oferecidos aos bebês antes da amamentação, podem ocasionar lesões no intestino imaturo, o colostro acelera a maturação do epitélio intestinal e protege contra agentes patogênicos, o contato pele a pele previne a ocorrência de hipotermia.

O ambiente favorável à amamentação inclui procedimentos menos intervencionistas e o favorecimento do contato mãe e filho mais precoce e contínuo. Assim, a equipe de saúde que assiste ao parto deve criar um ambiente tranquilo, proporcionando conforto físico e emocional, a fim de facilitar o contato íntimo entre a mãe e o filho, o mais precocemente possível. (BRASIL, 2001)

Algumas rotinas hospitalares se constituem exclusor ao aleitamento materno, como a administração de medicamentos à mulher, principalmente sedativos e analgésicos (OMS, 2001). Além disso, segundo Carfoot et al (2003) a separação entre mãe e filho, sendo este último vestido



antes de ser levado para a mulher ou encaminhado diretamente ao berçário também pode ser um fator exclutor a prática de amamentar.

O evento do trabalho materno foi o mais citado pelas mães e identificado como elemento exclutor à continuidade com o aleitamento materno. A justificativa para tal destaque foram as variáveis que levaram as mães a estas conclusões, tais como: a não aderência materna a licença maternidade, o não cumprimento pelos empregadores das leis trabalhistas relativas à licença maternidade, a falta de opção de trabalho no município levaram as mulheres a abdicarem de seus direitos trabalhistas. Portanto, o consenso foi que os direitos concedidos pelas leis não são suficientes para a manutenção da amamentação, entre outras.

Diante dessas variáveis, a maioria das mães relatou da não possibilidade de conciliar o trabalho materno e a amamentação, o que foi discutido e confirmado novamente no grupo de discussão comunicativo. Apesar das mães concluírem isto, todas as mães tinham a compreensão acerca dos direitos da mulher que amamenta e que não basta somente ter estes direitos; existem diversos outros fatores que também interferem no aleitamento materno, mas mesmo assim elencamos esta compreensão como transformadora, compreender já pode significar reflexão para ação.

“O trabalho foi uma das dificuldades, porque eu tinha que começar a me virar lá no trabalho. Separar uma hora para separar um pouco de leite...” (K)

“... então meus patrões queriam que eu voltasse a trabalhar logo, porque precisava de mim na padaria, porque não arrumou nenhuma funcionária para pôr no meu lugar...” (S)

“... porque ele já estava mamando na mamadeira há 2 meses não insisti porque achei que ia a arrumar um serviço logo” (J)

Osis et al (2004) ao entrevistaram nutrizes após o término da licença maternidade e questionar acerca da continuidade do aleitamento materno exclusivo, identificaram pelos relatos das mães que a existência da creche e de apoio institucional para ir amamentar durante o expediente é essencial para a manutenção do AME. Então, quando o trabalho materno não está associado a outras formas de apoio torna-se muito dificultoso para a mãe manter o AME.

Assim como Osis et al (2004), Ramos e Almeida (2003) identificaram que o trabalho materno é um fator dificultador para a manutenção do aleitamento materno e que a justificativa para a introdução de leites artificiais na dieta do bebê era para que elas pudessem retornar mais cedo ao trabalho ou para a saírem em busca de empregos.

Borges e Philippi (2003) ao questionar mulheres nutrizes trabalhadoras em trabalhos formais e informais chegaram a conclusões semelhantes, ou seja, o trabalho é um fator bastante relevante para a continuidade com a amamentação e, além disso, as mães não tinham nenhum tipo de benefício social e, retornavam ao trabalho até antes do término dos 30 dias do pós-parto.

Mães que trabalham fora de casa interrompem o aleitamento materno exclusivo mais precocemente do que as demais. Esta foi a conclusão que o estudo de Brecailo et al (2010) chegaram, ou seja, as mães que possuem um trabalho remunerado dentro de casa amamentam de forma exclusiva seus filhos até o sexto mês com uma prevalência de 21,9%, superior às mães que trabalham fora de casa e as que não possuem trabalho remunerado.

Assim como o presente estudo identificou que a falta de opção de trabalho no município leva as mães a desmamar em razão da permanência no emprego, Frota et al (2009) trazem que as necessidades familiares e segurança financeira são motivos para o trabalho fora de casa, sendo considerados fatores de risco para o desmame.

A experiência paterna com filhos anteriores foi um aspecto relatado pelas mães como sendo transformadora no apoio a mãe com o aleitamento materno e no cuidado com o filho. Este aspecto é muito importante principalmente quando existem mais filhos a serem cuidados pela mãe e, a atenção fica dividida entre os filhos dificultando o processo do aleitamento materno do filho mais novo.

“Ele (esposo) falava para eu tentar, ele me ajudava a por para mamar...; Ele conhecia, porque ele tem dois filhos de outro relacionamento, ele vivenciou do primeiro, porque do segundo ela largou, eu já estava grávida...” (R)

“Aí como eu tenho 2 crianças né, e quando eles grudam em mim, não querem mais soltar, serviço para fazer, daí eu achei melhor a mamadeira...” (S)

O cuidado com outros filhos foi um dos aspectos relacionados pelas mães que prejudicava a condução da amamentação, elementos estes identificados no estudo de Borges e Philippi (2003).

Segundo Nakano et al (2007), quando os companheiros das mulheres exercitam um estilo mais flexível e afetivo, na medida em que se propõem a socializar as tarefas de cuidado e vigilância com o filho, estas atitudes se tornam um importante ponto de partida para a marcha de um processo de revisão ou de atualização do modelo de paternidade.

Foram observados que os conhecimentos, comportamentos, vivências e sentimentos que envolvem a participação do pai no processo da amamentação são decorrentes da socialização do homem e da mulher, centrada no corpo biológico, registrando que o amamentar pertence à mulher (PONTES ET AL, 2008).

Osório e Queiróz (2007), verificaram nas falas das mulheres entrevistadas que a amamentação é fatigante, principalmente pelo fato de o bebê querer mamar a toda hora, mas também isso está aliado às tarefas do lar e cuidado com os filhos, associado muitas vezes a falta de apoio. Isso faz com as mulheres se sintam sobrecarregadas com a prática da amamentação em junção com as outras tarefas da mulher.

#### **4.3 Análise dos aspectos implícitos e explícitos: elementos ou propostas de melhorias sobre o tema do aleitamento materno e desmame precoce**

Este quadro foi construído com o objetivo de as próprias mães proporem aspectos partindo de suas percepções sejam elas, explícitas ou implícitas. Portanto, foram identificadas melhorias que podem auxiliar outras mães que estejam vivenciando esta mesma experiência de amamentar ou desmamar, para que assim consigam amamentar com sucesso e encontrar soluções compartilhadas que as ajudem a não desmamar seus filhos precocemente.

	Aspectos implícitos	Aspectos explícitos
Elementos que se colocam como excludores		<p>1) A não procura de ajuda em alguma unidade de saúde após a alta hospitalar diante de alguma dificuldade encontrada para amamentar.</p> <p>2) Agüentar a dor para amamentar em benefício da saúde do bebê</p> <p>3) Estimular os mamilos na gestação</p> <p>4) Falta de apoio nos hospitais e maternidades</p> <p>5) Pré-natal focado na saúde do feto, esquecendo da mulher que se tornará mãe.</p> <p>6) Desistência diante das dificuldades</p>
Elementos Transformad ores	<p>1) Extensão do tempo para amamentar oferecido no trabalho</p> <p>2) Maior flexibilidade nos horários oferecidos pelo trabalho para a lactante</p> <p>3) Ter paciência para amamentar</p>	<p>1) Procurar ajuda nas unidades básicas de saúde</p> <p>2) Conhecer os direitos da lactante</p> <p>3) Ser insistente na amamentação</p> <p>4) Ter o apoio do esposo e da família na amamentação</p> <p>5) Participar de cursos sobre aleitamento materno</p> <p>6) Optar pela escolha do parto normal como</p>

		<p>via de parto</p> <p>9) Programar e planejar a gestação</p> <p>10) Incluir o tema do aleitamento materno nas consultas de pré-natal</p> <p>11) Ter esperança na solução dos problemas e no processo da amamentação</p>
--	--	--

## CAPÍTULO 5 – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

---

Neste capítulo, serão apresentadas algumas considerações referentes ao desenvolvimento desta investigação cujo intuito foi refletir e dialogar com as mães participantes da pesquisa acerca da vivência do aleitamento materno e desmame precoce, buscando os elementos transformadores, reveladores de capacidades em superar as dificuldades com o aleitamento materno e evitar o desmame precoce, bem como buscando os elementos que se apresentam como exclusor na prática da amamentação e que podem ser fatores ligados ao desmame precoce. Superar o desmame precoce ainda é uma ação futura e que precisa de outros estudos compartilhados para chegarmos a este nível, mas o presente estudo traz o começo desta tarefa árdua e necessária a todos, mãe, família e sociedade.

Foram inúmeros os aprendizados no encontro da trajetória da pesquisadora, enquanto mulher e pesquisadora, com as mães, que se colocaram a refletir sobre as considerações que chegavam e sobre as práticas que desenvolviam, buscando alternativas para melhorá-las ou potencializá-las. Assim, o caminho que percorremos buscou responder a seguinte questão de pesquisa:

*Quais são os aspectos transformadores e os excludores identificados a partir da experiência de mulheres que desmamaram precocemente seus filhos?*

Após a realização da investigação, apoiada nas bases teóricas e metodológicas da aprendizagem dialógica sob a perspectiva comunicativa crítica, acreditamos ter conseguido responder esta questão, desde o caminho teórico a partir das leituras na construção dos capítulos à trajetória metodológica em campo, desde cada encontro com as mães até as análises intersubjetivamente com elas realizadas.

Entender junto com as mães o fenômeno do desmame precoce é incluir e reconhecer seus saberes e ações, o que segundo Puigvert (2001-a) é superar o discurso hegemônico das mulheres universitárias e incluir a pluralidade das vozes das “outras mulheres”. Assim, seguindo os pressupostos da metodologia comunicativa crítica (Gómez; Palomar, 2009), a participação das mães se deu desde o início da pesquisa até o final, uma vez que os achados foram discutidos em torno

das próprias protagonistas e, não em torno das necessidades da academia, possibilitando a criação do conhecimento científico pela validação do discurso acadêmico e do popular.

As mães deste estudo têm algumas características próprias: são jovens em sua maioria, casadas, possuem o ensino médio técnico completo, são primigestas e não trabalhavam no momento da pesquisa. Características diferentes do que os estudos apontam para as mães que desmamam precocemente seus filhos, assim não podemos deixar a sociedade e os profissionais homogeneizar os fenômenos e, sim estudar suas particularidades.

Na sociedade da informação a fonte principal de êxito ou fracasso das pessoas é sua capacidade de seleção e processamento das informações relevantes que gerará o conhecimento. (FLECHA et al, 2001) Isso vem se confirmar no presente estudo, em que as mães têm as informações relevantes acerca do processo do aleitamento materno, informações estas, advindas dos meios de comunicação e do próprio mundo da vida de cada uma delas, o qual é inquestionável, é cultural e prevalece ao longo do tempo.

Os benefícios do aleitamento materno, o efeito protetor do leite materno, o tempo ideal para amamentar de forma exclusiva o filho, a extensão do aleitamento materno, os direitos da mãe trabalhadora que amamenta e as conseqüências do uso dos leites artificiais foram informações conhecidas pelas mães e que estão disponíveis na mídia, nas campanhas em prol da amamentação e nas vozes dos profissionais de saúde. Porém estas informações estão impregnadas da racionalidade instrumental que se sobrepõe sob a racionalidade comunicativa.

O relato das mães revela que as condutas autoritárias dos profissionais de saúde e as rotinas que algumas maternidades e hospitais adotam podem estar dificultando um iniciar bem sucedido do aleitamento materno e refletindo em aspectos relacionados a um desmamar precoce. Assim, algumas práticas e condutas dos profissionais e das instituições de saúde podem estar desfavorecendo uma boa condução do aleitamento materno entre elas : a separação precoce da mãe e filho; oferecimento de leite artificial mesmo antes da oferta do peito; e não oferecimento do peito precocemente na sala de parto.

Aliado a estes aspectos, as mães enfatizam a falta de diálogo entre profissionais de saúde e as mães lactantes, não havendo nem mesmo a discussão no pré-natal da temática do aleitamento materno. A escolha da via de parto ainda não uma realidade no Brasil, ser protagonista do seu próprio parto é um longo caminho a ser trilhado pelas mulheres, seus companheiros e a própria sociedade, e claramente teria impactos positivos no aleitamento materno. Assim, estes fatores intrínsecos a relação profissional e mães lactantes precisa ser melhor detalhada em estudos

futuros, pois podem vir a gerar resultados positivos para a melhor condução do aleitamento materno e possível prevenção do desmame precoce.

O prazer proporcionado pelo ato de amamentar foi um aspecto transformador evidenciado pelas mães, contudo ao se depararem com a dor para amamentar decorrente a problemas mamários, as mulheres revelam um conformismo com a dor em benefício ao oferecimento do leite materno ao filho. Esta relação evidencia que existe uma resignação das mães a função de ser mulher, ou seja, abdicam do prazer para cumprir com o papel social de ser neste momento só mãe, portanto a conformidade com a dor é um aspecto exclusor. Além da dor, o desconhecimento acerca das vantagens do aleitamento materno para a saúde materna, identificado nos relatos vem confirmar a posição de resignação das mães deste estudo.

Os relatos evidenciam que amamentar é uma prática socializada desde a infância, o que é um elemento transformador, pois está agregado ao mundo da vida das mulheres, entretanto revela o determinismo biológico ao ato de amamentar e, diante do desmame precoce gera o sentimento de frustração/culpa nas mães, o que o torna também um aspecto exclusor. Todavia, no grupo de discussão comunicativo, as mães destacaram a questão da afinidade para amamentar, aspecto este, transformador na medida em que nega o determinismo biológico e evidenciam a reflexão que as mães estão adquirindo acerca do seu papel como mãe e mulher na sociedade diante da possibilidade de serem respeitadas em suas diferenças como mulheres.

Esta visão de mundo, segundo Puigvert (2001-a), permite ver as pessoas como um produto de tradições e, ao mesmo tempo como iniciadora dos atos, com capacidade de criação, transformação e inovação na orientação do curso das suas próprias vidas. Entretanto, a maioria das práticas culturais considera somente o mundo objetivo que coincide com os parâmetros da cultura acadêmica e hegemônica. Este mundo objetivo, quando se relaciona com o mundo subjetivo e social distorce o processo de comunicação e de criação cultural, transfigurando seus produtos em favor da mistificação e da imposição cultural.

A identificação da praticidade em oferecer o peito também foi relatada pelas mães, ou seja, não há necessidade de dispender nenhum recurso, seja ele material ou financeiro para praticar a amamentação. Esta é uma compreensão transformadora que evidencia como as mulheres conseguem refletir sob suas vidas, ou seja, após o desmame vivenciam o aumento dos gastos com leites, mamadeira e médicos e chegam a conclusão que desmamar não é vantajoso, assim compartilham esta informação a outras mulheres.



Mesmo diante dos gastos proporcionados pelo desmame precoce e entendendo que amamentar é mais prático e barato, as mães deste estudo não hesitaram em utilizar dispositivos intermediários (bicos e conchas protetoras), mamadeiras e bombas tira leites. Ações estas exclusoras, uma vez que o uso destes dispositivos não tem fundamentos científicos comprovados na sua relação com o aleitamento materno. As mães fizeram o uso destes dispositivos diante das dificuldades com a realização da ordenha manual e a não protrusão do mamilo. Isso revela a capacidade de mobilização destas mulheres e também a falta de orientações de profissionais de saúde, o que as levam a condutas inadequadas.

No grupo comunicativo crítico foram dialogados acerca de algumas temáticas elencadas a partir das entrevistadas e que tinham um destaque maior nos relatos. O consenso entre a pesquisadora e mãe é um momento que revela o saber científico se complementando ao saber popular, de acordo com as pretensões de validade. Isso ocorre, segundo Puigvert (2001a) quando os participantes, em especial as mulheres asseguram o cenário comum de suas vidas, o mundo da vida que intersubjetivamente compartilham e se produz um entendimento comunicativo. É por meio do diálogo igualitário que as mulheres encontram espaços solidários em que é valorizado o que elas propõem, onde aprendem a defender seus argumentos e também entendem as razões das demais mulheres e, conseqüentemente enriquecem seus conhecimentos.

O trabalho materno também foi tema do grupo de discussão, elencado como elemento que não possibilita viver a amamentação plenamente, mesmo que a maioria das mães referiu não estar trabalhando no momento da pesquisa, mas tinham perspectivas futuras de trabalho. As mães trazem questões relevantes como, por exemplo, o não cumprimento das leis trabalhistas pelas empresas do município, a falta de opção de trabalhos no município e, mesmo com todos os dispositivos trabalhistas em prol da amamentação, ainda não é possível concretar plenamente, pois eles só estão no papel, e na prática não são úteis ao bastante. Assim, a questão do trabalho materno e a lactação ao ser compartilhada e apoiada entre as mães, se constituem uma mola propulsora para iniciar as transformações dos contextos e das relações, pois sozinho ninguém muda nada, é preciso estar junto ao outro para provocar as transformações.

O bico também foi um elemento enfatizado pelas mães como essencial para a pega correta no mamilo e sucesso da amamentação, e para isso as mães sugeriram a estimulação durante a gestação como método de preventivo para protrusão dos mamilos, o que também foi debatido no grupo de discussão comunicativo e chegou-se aos mesmos consensos. Entretanto, o que a literatura aponta é que não há necessidade de mamilos protrusos para o sucesso com o aleitamento materno,

ou seja, compreensão esta, exclusora, mas que merece ser mais detalhada em futuros estudos. Porém, revela também que, mesmo diante de evidências científicas (mundo objetivo), a imposição cultural (crença de que sem mamilos não ocorre o aleitamento materno com sucesso, fusão dos mundos subjetivo e social) imobiliza o processo de transformação.

Esta pesquisa teve algumas limitações no decorrer do seu percurso e que são vistas como incentivo e não como fracasso porque se acredita, parafraseando Freire, que somos seres inacabados diante da vida. A análise intersubjetiva com as mães não foi contemplada ao máximo, como requeria a metodologia, devido à inexperiência com a metodologia e também a intercorrências na busca das mães. O segundo encontro com as mães para realizar a análise conjunta não foi viabilizado com todas, devido a não possibilidade de presença de algumas das mães. Além disso, o grupo de discussão comunicativo ocorreu com a presença de duas mães, também pelo mesmo motivo anterior. Situações estas que devem ser encaradas sob o olhar da solidariedade e não do julgamento que, muitas mulheres fazem umas com as outras, além de ser um aprendizado para outras oportunidades com o uso da metodologia.

Assim como disse Cherfen (2009) nós, teóricos e teóricas, não dizemos as teorias às pessoas porque achamos que não são capazes de compreender. A academia (e nós, produto dela), formula posições hegemônicas que colocam os pesquisadores acima dos participantes. São estes últimos que detém o poder de interpretar a realidade do outro. Mudar essa postura para uma mais dialógica necessita de um tempo, que nem sempre coincide com o tempo destinado a construção de uma dissertação. Porém, o aprendizado de exercitar na prática o diálogo igualitário não pode ser medido e, nem colocado em palavras, ele é vivenciado e refletido continuamente por pesquisadores que acreditam que o desnível hierárquico inviabiliza a capacidade de interação entre as pessoas e consequentemente o consenso.

Foi acreditando no enriquecimento do olhar com/junto com as mulheres sobre o aleitamento materno e, principalmente o desmame precoce, sob a perceptiva comunicativa crítica, que está pesquisa se apoiou. Foi tendo fé que criamos espaços dialógicos por acreditar na capacidade e poder de fazer e refazer, de criar e recriar. Sabe-se que o desmame precoce é um fato e uma triste realidade diante de todos, entretanto, as mães se mostraram capazes de visualizar e propor transformações em suas práticas e nas dos profissionais de saúde. Isto motiva a continuar acreditando que um dia a mulheres faram escolhas conscientes sobre suas vidas e, que o aleitamento materno possa, enfim ser valorizado como uma prática social que beneficia também as mulheres.

Assim, na busca pela efetivação desta metodologia, o que antes era certeza, pôde ser transformada em dúvidas e perguntas feitas às mães, o que aumentou a possibilidade do conhecimento e do reconhecimento dos equívocos, em muitos momentos. Tais percepções permitiram refletir o quanto a sociedade perde ao deixar de escutar, ao silenciar vozes e, até mesmo julgar as propostas das mães, em vez de tentar entender o sentido delas. Fica no coração e na mente os aprendizados enquanto mulher que, algum dia vai amamentar, pesquisadora que algum dia pensou que sabia tudo e, cidadã que algum dia pensou que podia transformar tudo sozinha.

## REFERÊNCIAS

ANDERSON, J.W; JOHNSTONE, B.M; REMLEY, D.T. **Breast-feeding and cognitive development:** a meta-analysis. American Journal of Clinical Nutrition, v. 70, p. 525-35, 1999.

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. **Amamentação:** um híbrido natureza-cultura. J Pediatr. v. 80, n. 5(supl.), p. 119-25, 2004.

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação:** um híbrido natureza- cultura. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 120 p, 1999.

ALMEIDA, J. A. G.; GOMES, R. **Amamentação:** um híbrido natureza e cultura. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, jul. 1998.

AMORIM, S. T. S. P. **Alimentação Infantil e o Marketing da Indústria de Alimentos.** Brasil, 1960-1988. História: Questões & Debates, Curitiba, n. 42, p. 95-111, 2005.

American Academy of Pediatrics, Committee on drugs. **The transfer of drugs and other chemicals into human milk.** Pediatrics, v. 108, p. 776-89, 2001.

ARAÚJO, M. F. M; FIACO, A.D. **Custo e economia da pratica do aleitamento materno para a família.** Ver. Brás. de Saúde Materna Inf, Recife, v. 4, n.2, p. 135-141, abr – jun 2004.

AUBERT, A.; FLECHA, A; GARCÍA, C; FLECHA, R; RACIONERO, S. Aprendizaje dialógico en la sociedad de información, 3.ed. Barcelona: Hipatia Editorial, 2010.

AZEREDO, C.M., et al. **Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno:** encontros e desencontros. Rev Paul Pediatr, v. 26, n. 4, p. 336-44, 2008.

AGUIRRE, A.N.C et al. **Constipação em lactentes:** influência do tipo de aleitamento e da ingestão de fibra alimentar. J. Pediatr., v.78 n.3, 2002.

BADINTER, E. **Um amor conquistado:** o mito do amor materno. Nova Fronteira: Rio de Janeiro, 1985.

BALABAN G; SILVA G.A. **Protective effect of breastfeeding against childhood obesity.** J Pediatr (Rio J), v. 80, n. 7, 2004.

BARROS, V.O., et al. **Maternal breastfeeding and factors associated to early weaning in infants assisted by the family health program.** Nutrire: Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr., v. 34, n. 2, p. 101-114, ago. 2009.

BORGES, A. L. V; PHILIPPI, S. T. **Opinião de Mulheres de uma Unidade de Saúde da Família sobre a Quantidade de Leite Materno Produzido.** Rev. Latino-am Enfermagem, v. 11, n. 3, p. 287-92, maio/junho 2003.

BRAGA, F. M. **Comunidades de aprendizagem:** participação escolar comparando contextos Brasil e Espanha. 2007. 211f. Tese - Programa de Pós Graduação em Metodologia de Ensino, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

BARBOSA, M. B, et al. **Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches.** Rev Paul Pediatr, v. 27, n. 3, p.272-81, 2009.

BIANCUZZO, M. **Sore nipples:** prevention and problem solving. Herndon, USA: WMC Worldwide; 2000.

BRITTON, J.R; BRITTON, H.L; GRONWALDT, V. **Breastfeeding, sensitivity, and attachment.** Pediatrics, v. 118, p. 1436-43, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília, 2009 a. 112 p (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília, 2009 b. 108p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru** – Brasília, 2009 c. 238 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 145).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de capacitação de equipes de unidades básicas de saúde na iniciativa unidade básica amiga da amamentação.** Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias.** Brasília, 2010. 92p. 2. ed. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRECAILO, M. K; C, et al. **Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava, Paraná.** Rev. Nutr., Campinas, v. 23, n.4, p. 553-563, jul.-ago., 2010.

CARFOOT, S; WILLIAMSON, P.R; DICKSON, R. **A systematic review of randomised controlled trials evaluating the effect of mother/baby skin-to-skin care on successful breast feeding.** Midwifery, v. 19, n. 2, p. 148-55, 2003.

CARRASCOZA, C, et al. **Análise de Variáveis Biopsicossociais Relacionadas ao Desmame Precoce.** Paidéia, v. 15, n. 30, p. 93-104, 2005.

CARRASCOZA, K. C. **Fatores determinantes do desmame precoce e do aleitamento materno prolongado.** Dissertação de Mestrado - Faculdade de Odontologia, UNICAMP, Piracicaba. 2004

CASTILHO, S.D; ROCHA, M.A. **Pacifier habit: history and multidisciplinary view.** J Pediatr (Rio J), v. 85, p. 480-9, 2009.

CARRASCOZA, K. C. **Fatores determinantes do desmame precoce e do aleitamento materno prolongado.** Dissertação de Mestrado - Faculdade de Odontologia, UNICAMP, Piracicaba. 2004 .

CHAVES, R.G; LAMOUNIER, J.Á; CÉSAR, C.C. **Factors associated with duration of breastfeeding.** J Pediatr (Rio J), v. 83, p. 241-6, 2007.

CREA. **Habilidades comunicativas.** Dirección General de Investigación Científica y Técnica. Madrid. 1995-1998.

CARVALHO, M R de; TAMEZ, R N. **Amamentação-bases científicas.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CAMINHA, M. F. C, et al. **Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v.10, n. 1, p. 25-37, jan/mar. 2010.

CHERFEM, C. O. **Mulheres marceneiras e autogestão na economia solidária:** aspectos transformadores e obstáculos a serem transpostos na incubação em assentamento rural. 235 p. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

DARMSTADT, G.L, et al. **Evidence-based, costeffective intervention:** how many newborn babies can we save? Lancet, v. 365, p. 977-88, 2005.

EDMOND, K, et al. **Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality.** Pediatrics, v. 117, p. 380-6, 2006.

ESCOBAR, A. M. U., et al O. **Aleitamento materno e condições sócio-econômicas-culturais:** fatores que levam ao desmame precoce. Rev. Brás. Saúde Matern. Infant., v. 2, n. 3, p. 253-61, set/dez. 2002.

FRANÇA, T, et al. **Uso de mamadeira no primeiro mês de vida:** determinantes e influência na técnica de amamentação. Rev Saúde Pública, v. 42, n. 4, p. 607-14, 2008.

FABBRO, Márcia Regina Cangiani. **Contribuições do feminismo dialógico para a promoção da saúde sexual e reprodutiva de mulheres:** aportes teóricos e metodológicos. Estágio pós-doutoral. Edital CAPES nº. 02/2011. 2011. (Projeto de pesquisa para solicitação de bolsa submetido ao Programa Estágio de Curta Duração CAPES/Fundação Carolina).

FRAGA, O V. **Lactancia, Maternidad y Género** (sd) (mimeo).

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 43 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2005.

\_\_\_\_\_ **À sombra desta mangueira.** 6 ed. São Paulo: Editora Olho D'água, 2001.

\_\_\_\_\_ **Pedagogia da esperança:** um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

\_\_\_\_\_ **Pedagogia da indignação:** cartas pedagógicas e outros escritos. 5 ed. Editora Unesp, 2000.

FRANCO, A.L.L; LOPEZ, M.S.M. **Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo.** Calarcá-Colombia.Rev. Gerenc. Polit. Salud., v. 9, n. 19, p.124-137, jul/dez 2010.

FROTA, M. A, et al. **Fatores que interferem no aleitamento materno.**Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 61-67, jul/set. 2009.

FLECHA, R. **Compartiendo palabras:** el aprendizaje de las personas adultas a través del diálogo. Barcelona: Paidós, 1997.

FLECHA, R.; GÓMEZ, J. Y.; PUIGVERT, L. **Teoría sociológica contemporánea.** Barcelona: Paidós, 2001.

FIGUEIREDO, A.L.M. **Bebês que Recusam o Peito.** In: J, D. R. Aleitamento Materno. 2a ed. Rio de Janeiro: Atheneu, v. 1, p.307-318, 2006.

GABASSA, V. **Contribuições para a Transformação das Práticas Escolares:** racionalidade comunicativa em Habermas e dialogicidade em Freire. 182p. Dissertação de Mestrado- Centro de Educação e Ciências Humanas, Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos. 2006.

GABASSA, V. **Comunidades de aprendizagem: a construção da dialogicidade na sala de aula.** 245 p. Tese de Doutorado – Universidade Federal de São Carlos. 2009.

GIUGLIANI, E. R. J. **O aleitamento materno na prática clínica.** J. Pediatr, v. 76, n. 3, p. 238-52, 2000.

GONÇALVES, M.A.S. **Teoria da ação comunicativa de Habermas: possibilidades de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola,** 1999.

GOMÉZ, J., et al. **Metodologia comunicativa crítica.** Barcelona: El Roure Editorial. 2006.

GOMEZ, G.; PALOMAR, J. D. **Metodología Comunicativa Crítica:** Transformaciones y Cambios en el S. XXI. Revista Electrónica Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información. TESI, v. 10, n. 3, p. 103-118, 2009.



GURGEL, M.G.I. **Gravidez na adolescência: tendências na produção científica de enfermagem.** Esc. Anna Nery, v. 12, n. 4, p. 800-06, 2008.

GUTIERREZ, L; DELGADO, S. E; DA COSTA, A. P. **Caracterização do uso da técnica do copo em UTI neonatal de um hospital público.** Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum, v. 16, n. 1, p. 22-31, 2006.

GIUGLIANI, E.R.J. **Problemas comuns na lactação e seu manejo.** Pediatr., v. 80, n. 5, p. 147-154, 2004.

HABERMAS, J. **Teoria de la Acción Comunicativa. Racionalidad de la acción y racionalización social.** Madrid: Taurus, v 1, 1987.

ISSLER, H. **O aleitamento materno no contexto atual.** Políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008.

ISSLER, H., et al. **Fatores socioculturais do desmame precoce: estudo qualitativo.** Pediatria., v. 32, n. 2, p.113-20, 2010.

JACKSON, K. M.; NAZAR, A. M. **Breastfeeding, the immune response, and long-term health.** J. Am Osteopath Assoc, v. 106, p. 203-7, 2006.

JOCA, M.T, et al. **Fatores que contribuem para o desmame precoce.** Esc. Anna Nery Rev Enferm., v. 9, n. 3, p. 356-64, dez 2005.

JUNGLES, C F, et al. **Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno.** Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS), v. 31, n. 2, p. 343-50, jun 2010.

KRAMER, M. S; KAKUMA R. **Optimal duration of exclusive breastfeeding,** The Cochrane Library, n. 4, 2009.

KAC, G, et al. **Breastfeeding and postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women.** Am. J. Clin. Nutr., v. 79, p. 487-93, 2004.

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

LANGER, A; CAMPERO, L; GARCIA, C; REYNOSO, S. **Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions and mother's wellbeing in a Mexican public hospital:** a randomised clinical trial. Br J Obstet Gynaecol, v. 105, n. 10, p. 1056-63, 1998.

MALDONADO, J. A, et al. **Manual de Lactancia Materna.** De la teoria a la práctica. Asociación española de pediatría. Madrid: Ed. Panamericana, 2008.

MACHADO, M. M. T; LEITÃO, G. C. M; HOLANDA, F. U. X. **O conceito de ação comunicativa:** uma contribuição para a consulta de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem, v. 13, n. 5, p 723-8, set/out 2005

MEYER, D.E. **As mamas como instituintes da maternidade:** uma história do passado? Rev. Educação e Realidade, v. 25, n. 2, p.1-18, jul/set 2000.

MELLO, R.R. de. **Aprendizagem dialógica:** base para a alfabetização e para a participação. Barcelona: Centro de Investigação Social e Educativa (CREA), 2002. 15p. Relatório de Pós-Doutorado.

MELLO, R. **Metodologias Comunicativa Crítica:** avanços metodológicos e produção de conhecimento na extensão universitária. In: VI Seminário de Metodologia para projetos de extensão São Carlos. UFSCar, 2008.

\_\_\_\_\_. **Metodologia de investigação comunicativa:** contribuições para a pesquisa educacional na construção de uma escola com e para todas e todos. 29<sup>a</sup> Reunião Anual da ANPED, GT Movimentos Sociais e Educação. Caxambu, 2006.

MINAYO M.C.S, **Interdisciplinaridade:** uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. Medicina, v. 24, n. 2, abr/jun, 1991.

MARTINS FILHO, J. **Obstáculos à amamentação.** In: NEME, B. **Obstetrícia básica.** 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 245-50.

MARQUES, E.S.; COTTA R.M.M.; ARAÚJO, R.M.A. **Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso de chupeta.** Rev Bras Enferm, Brasília, v.62, n.4, p.562-69, 2009.

MERCER. J. S, et al. **Evidence-based practices for the fetal to newborn transition.** J Midwifery Womens Health, v. 52, p. 262-72, 2007.

MONTRONE, A. V. C.; ARANTES, C. I. S.; NASSAR, A. C. S. **Trauma mamilar e a prática de amamentar**: estudo com mulheres no início da lactação. **Revista APS**, v.9, n.2, p.168-174, jul/dez. 2006.

NAKANO, A. M. S, et al. **O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação**. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 15, n. 2; março/abril 2007.

NAKANO, A.M.S. **As vivências da amamentação para um grupo de mulheres**: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. Tese de Doutorado- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2004 .

NAKANO, A. M. S. **As vivências da amamentação para um grupo de mulheres**: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19 (Sup. 2), p. 355-363, 2003.

OSIS, M J D. et al. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. *Rev. Saúde Pública*, v. 38, n. 2, p. 172-9, 2004.

OSÓRIO, C M; QUEIRÓZ. Reapresentações sociais de mulheres sobre amamentação: teste de associação livre de idéias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. *Esc. Anna Nery R. Enferm*, v. 11, n. 2, p. 261-7, 2007.

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

POLIDO, C G et al. Vivências maternas asociadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. *Acta Paul. Enferm*, v. 24, n. 5, p. 624-30, 2011.

PUIGVERT, L. **Igualdade de Diferenças**. In BECK-GERNSHEIM, E; BUTLER, J; PUIGVERT, L. **Mujeres y transformaciones sociales**. El Roure: Barcelona. p. 93-107 2001-b.

PUIGVERT, L. **Las otras mujeres**. Barcelona: El Roure editorial. 2001-a.

PATHIRAGE, S. N, et al. **Influence of exclusive breast feeding on occurrence, severity and recurrence of acute lower respiratory infections in preschool children**. *Sri Lanka Journal of Child Health*, v. 38, p. 21-4, 2009.

PEREIRA, R. S. V, et al **Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo:** o papel do cuidado na atenção básica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.26, n.12, p. 2343-2354, dez, 2010.

PONTES, C.M; ALEXANDRINO, A.C; OSÓRIO, M.M. **The participation of fathers in the breastfeeding process:** experiences, knowledge, behaviors and emotions. J Pediatr (Rio J), v. 84, n. 4, p. 357-364, 2008.

QUEIRÓS, S, et al **Elemento que interferem na amamentação exclusiva:** percepções de nutrizes. Revista de Salud Pública, v. 12, n. 2, p. 6-14, 2009.

RAMOS C. V; ALMEIDA; J. A. G. **Alegações maternas para o desmame:** estudo qualitativo. J Pediatr, v. 79, n. 5, p. 385-90, 2003.

REGO, J.D. **Aleitamento materno.** 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

REA, M. F; MORROW, A. **Protecting, promoting and supporting breastfeeding among women in the labor force.** In: PICKERING, L.K; MORROW, A.L; RUIZ-PALACIOS, G.M; Schanler RJ. Protecting infants human milk: advancing the scientific evidence. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; p. 121-34, 2004.

REZENDE, M. A, et al. **O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno.** Rev. Latino-Am. Enfermagem v.10 n.2, mar/abr. 2002.

RIGHARD, L. **Early enhancement of successful breastfeeding.** World Health Fórum, v.17, n. 1, p. 92-7, 1996.

ROCHA, N. B, et al. **O ato de amamentar:** um estudo qualitativo. Physis, Rio de Janeiro, v.20 n.4, dez. 2010.

RIVEMALES, M. C; AZEVEDO, A. C. C; BASTOS, P. L. **Revisão Sistemática da Produção Científica da Enfermagem sobre o Desmame Precoce.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p 132-7, jan/mar 2010.

SANCHES, M.T.C. **Manejo clínico das disfunções orais na amamentação.** J Pediatr, v. 80, n. 5, p. 155-62, 2004.

SANDES, A. R, et al. **Aleitamento Materno: prevalência e fatores condicionantes.** Acta Med Port; v. 20, p.193-200, 2007.

SANTO, L.C; DE OLIVEIRA, L.D; GIUGLIANI, E.R. **Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months.** Birth, v. 34, p. 212-9, 2007.

SAMPAIO, M. A, et al. **Psicodinâmica Interativa Mãe-Criança e Desmame.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 26, n. 4, p. 613-621, out/dez 2010.

SILVA, A.V, et al. **Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas – resultados e discussão.** Rev Inst Ciênc Saúde, v.27, n.3, p. 220-5, 2009.

SOUZA, T.O.; BISPO, T.C. **Aleitamento materno exclusivo e o programa saúde da família da chapada, município de Aporá (BA).** Revista baiana saúde pública, v.31, n.1, p.38-51, Jan/Jun. 2007.

STUEBE, A. M, et al. **Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes.** JAMA, v.294, n. 20, p.2601-10, 2005.

SHIMODA G.T, SILVA I.A, SANTOS J.L.F. **Características, frequência e fatores presentes na ocorrência de lesão de mamilos em nutrizes.** Rev Bras Enferm, v. 58, n. 5, p. 529-34, set/out. 2005.

SHEMA, L, et al. **The association between breastfeeding and breast cancer occurrence among Israeli Jewish women: a case control study.** J. Cancer. Res. Clin. Oncol., v. 133, p. 539-46, 2007.

SILVA, A.A.M. **Amamentação: fardo ou desejo?** Estudo histórico-social dos saberes sobre aleitamento na sociedade brasileira. Ribeirão Preto, 1990. 302 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SILVA, I. A. **Construindo perspectivas sobre a assistência em amamentação – um processo interacional.** São Paulo. 1999. Tese de livre docência - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

SILVA, I.A. **Amamentar:** uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe, 1997.

SCOTT, J. **Gênero:** uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul/dez. 1995

SCAVONE, L. **Motherhood**: transformation in the family and in gender relations. Interface Comunic, Saúde, Educ, v.5, n.8, p.47-60, 2001.

TANAKA, A.C.A.; GALLO, P.R.; MACHADO, M.A.M.P. **Motivação de gestantes para aleitamento materno**. Rev. Nutr, v. 21, n. 5, p. 491-502, 2008.

TAKUSHI S.A.M, et al. **Perspectiva de alimentação infantil obtida com gestantes atendidas em centros de saúde na cidade de São Paulo**. Rev Bras Saude Mater Infant, v. 6, n. 1, p. 115-25, 2006.

TOMA T. S; REA M. F. **Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança**: um ensaio sobre as evidências. Cad. Saúde Pública, v. 24, n 2(suppl.), p. 235-46. 2008.

VICTORA, C. G, et al. **Pacifier use and short breastfeeding duration**: cause, consequence or coincidence? Pediatrics, v. 99, p. 445-53, 1997.

VILLELA, W. V; ARILHA, M. **Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos**. In: BERQUÓ, E (org). Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: editora UNICAMP, p.95-140, 2003.

VOLPINI, C.C. A.; MOURA, E. C. **Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas** Rev. Nutr. v. 18, n.3, mar/jun. 2005.

VAUCHER, A.L.I; DURMAN, S. **Amamentação**: Crenças e Mitos. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 7, n. 2, p. 207-14, 2005.

VIEIRA, G.O, et al. **Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life**. J Pediatr (Rio J), v. 86, n. 5, p. 441-44, 2010.

VINHA, V. H. P. **O Livro da amamentação**. São Paulo: Balieiro, 1999.

VIANA, R. P. T, et al. **A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil**: um estudo transversal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2403-2409, out, 2007

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere**, Geneva, January, 2011

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Division of Child Health and Development. Indicators for assessing breastfeeding practices.** Geneva, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Infant and young child feeding:** model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The optimal duration of exclusive breastfeeding.** Geneva, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mastitis.** Causes and management. Geneva, 2000.

# *Apêndices*



## APÊNDICE 1 Questionário

### Questionário para identificação dos dados sócio-demográficos e antecedentes da amamentação

1-Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2-Nome (código): \_\_\_\_\_

3-Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

4-Endereço: \_\_\_\_\_

5-Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

6-Telefones para Contatos: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

#### 7-Estado Civil:

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solteira                | <input type="checkbox"/> Amasiada   |
| <input type="checkbox"/> Não respondeu/ não sabe | <input type="checkbox"/> Casada     |
| <input type="checkbox"/> Separada                | <input type="checkbox"/> Divorciada |

#### 8-Grau de Escolaridade

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Analfabeta                                  | <input type="checkbox"/> Fundamental Incompleto    |
| <input type="checkbox"/> Alfabetizada sem escolarização (assina/ler) | <input type="checkbox"/> Médio/ Técnico Completo   |
| <input type="checkbox"/> Fundamental Completo                        | <input type="checkbox"/> Médio/ Técnico Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Não respondeu/ não sabe                     |  |

#### 9- Com quem está residindo?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sozinha                          | <input type="checkbox"/> Com o companheiro na casa dos pais dele |
| <input type="checkbox"/> Com os pais ou outros familiares | <input type="checkbox"/> Com o companheiro na casa de seus pais  |
| <input type="checkbox"/> Somente com o companheiro        | <input type="checkbox"/> Não respondeu/ não sabe                 |
|   | <input type="checkbox"/> Amigos                                  |

10- Profissão: \_\_\_\_\_

#### 11- Trabalha fora de casa?

- Sim  Não

#### 12- Se sim quem cuida do bebê quando você trabalha?

- Marido  outros filhos  sua mãe  sogra  amigos  outros

#### 13- Tem ajuda com o trabalho doméstico?

- Sim  Não

#### 14- Se sim de quem?

Marido     Outros filhos     Sua mãe     sogra     Outros

**15- Gestações e paridades anteriores:**  G,  PN,  C,  A

**16- Número de filhos:**  1     2     3     4     5     6     mais de 6

**17- Idade dos filhos?**  menores de 6 meses  de 6 meses a 1 ano  entre 1 e 2 anos  
 acima de 2 anos

**18- Você amamentou seus filhos anteriores?**

Sim     Não

**19- Se sim por quanto tempo amamentou de forma exclusiva?**

algumas semanas     4 meses  
 1 mês     5 meses  
 2 meses     6 meses  
 3 meses     mais de 6 meses

**20- Quando ocorreu o desmame de seus filhos anteriores, você trabalhava?**

sim     não

**21- Data de nascimento de seu último filho:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**22- Fez pré-natal desta gestação?**  Sim     Não     Não respondeu/ não sabe

**23- Onde foi realizado o pré-natal?**

Unidade Básica de Saúde     Consultório particular  
 Unidade de Saúde da Família     Outros  
 Ambulatório de Cuidados Especiais

**24- Número de consultas de pré-natal:** \_\_\_\_\_

**25- Você teve algum tipo de capacitação/curso sobre amamentação nesta gravidez?**

Sim     Não

**26- Se sim onde?**

Maternidade     Consultório particular  
 Unidade Básica de Saúde     Unidade de Saúde da Família  
 Ambulatório de Cuidados Especiais     Outros

**27- O bebê ou você tiveram algum problema durante ou depois do parto?**

Sim     Não

**28- Se sim qual:** \_\_\_\_\_

**29- O bebê precisou em algum momento ficar internado?**

Sim     Não

**30- Se sim por quanto tempo?**

- alguns dias                       não sabe/ não respondeu  
 algumas semanas  
 alguns meses

**31- Qual o motivo:** \_\_\_\_\_

**32- Você em algum momento precisou ficar internada?**

- Sim    Não

**33- Se sim por quanto tempo?**

- alguns dias                       não sabe/ não respondeu  
 algumas semanas  
 alguns meses

**34- Qual o motivo:** \_\_\_\_\_

**35- O bebê havia tomado mamadeira alguma vez antes de deixar o peito?**

- Sim    Não

**36- Quando começou a oferecer leite artificial?**

- nas primeiras semanas                       no 3º mês                       no 6º mês  
 no 1º mês                       no 4º mês  
 no 2º mês                       no 5º mês

**37- Quem indicou o leite artificial?**

- médico                       outros  
 amigos                       parentes

**38- O bebê chupa chupeta?**

- Sim    Não

**39- Se sim porque?**

- Para acalmar     Para parar de “chupetar” peito  
 Porque o bebê quer mamar a todo momento    Por influência familiar

**40- Você teve algum problema para amamentar?**

- Sim    Não

**41- Se sim qual?**

- Rachaduras nos mamilos                       Pouco ganho de peso do bebê  
 Ingurgitamento mamário                       Pouco leite  
 Outros \_\_\_\_\_

**42- Quando suspendeu a amamentação você tinha algum problema para dar de mamar?**

( ) Sim ( ) Não Qual?: ( ) Rachaduras nos mamilos ( ) Ingurgitamento mamário ( ) Pouco leite

( ) Pouco aumento de peso do bebê ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_

**APÊNDICE 2 Pré- Roteiro da entrevista em profundidade**

1- O que significa para você amamentar?

2-Como foi a experiência de amamentar?

3-Quais foram as facilidades e dificuldades com a amamentação? Como solucionou as dificuldades?

4-Quem lhe ajudou a solucionar as dificuldades com a amamentação? Como?

5- Porque o bebê deixou de mamar no peito? Como ocorreu?

6-Você trabalhava quando seu bebê deixou de mamar no peito? Como foi?

7-Que outras coisas lhe preocuparam quando o bebê deixou de mamar no peito?

8-Qual a opinião do pai do bebê sobre o abandono da amamentação?

9-Qual a opinião da família (mãe, sogra, irmã) sobre o abandono da amamentação?

**APÊNDICE 3 Roteiro intermediário aplicado com mulheres da comunidade**

Apresentação do entrevistador

Os objetivos da pesquisa

Nome:

Endereço:

Telefone:

Idade:

Unidade de saúde que frequenta:

1) Você já amamentou?

2) Se sim por quanto tempo amamentou?

3) Quantos filhos você tem?

4) Qual a idade do seu filho mais novo?

5) Você teve dificuldades para amamentar?

6) Você conhece alguém que parou de amamentar aqui no seu bairro?

7) Se você fosse perguntar algo sobre amamentação o que gostaria de perguntar?

8) Aqui neste bairro há locais onde mulheres se reúnem para conversar? Como por exemplo, centro comunitário, as unidades de saúde, etc?

#### **APÊNDICE 4 Roteiro definitivo da entrevista em profundidade**

Retomar os objetivos do estudo e motivo da entrevista.

Falar sobre a gravação, caso tenha algum momento que querem desligar ficar à vontade. Tudo o que vai para a dissertação será conversado com elas.

Ficar à vontade para não responder o que não quiser, pode perguntar se não entender alguma coisa. Garanto sigilo dos dados e o que elas não querem que seja publicado não será.

**Nome:**

**Idade:**

**Endereço:**

**Contato:**

1- Como foi para você amamentar seu filho? Qual o significado da amamentação para você?

2- Quais foram as facilidades e dificuldades com a amamentação? Como e quem a ajudou a solucionar estas dificuldades?

3- Quais as preocupações que você tem/teve com o seu corpo quando estava amamentando?

4- Você conhece a palavra desmame? Se não, o que parece ser?

5- O que você entende por desmame?

6- Quando você acha que é o ideal para desmamar? Porque?

7- O que você pensa de desmamar uma criança antes dos 6 meses de vida e o que isto significa para você?

8- O que você conhece sobre as consequências do desmame?

9- Como foi para você desmamar seu filho?

10- Como ocorreu o desmame?

11- O que mudou na sua vida com o desmame?

12- Como ficou a aproximação com o bebê depois do desmame?

13- Como a família reagiu ao desmame do seu filho?

14- Como o pai reagiu ao desmame do seu filho?

- 15- Você notou alguma diferença na saúde do seu filho/a depois do desmame?
- 16- Que outras coisas lhe preocuparam quando o bebê deixou de mamar no peito?
- 17- Se você pudesse voltar no tempo o que você faria de diferente?
- 18- Qual foi o grande aprendizado desta experiência de desmame?
- 19- O que você gostaria de dizer para outras mulheres que estão vivenciando a experiência do desmame ou da amamentação?
- 20- Você gostaria de falar alguma coisa que não conversamos?

Para finalizar:

Gostaria de dizer mais alguma coisa sobre qualquer um dos temas que conversamos...

Dizer mais uma vez que esses dados serão voltados para elas para juntas conferirmos minhas interpretações e que ela poderá tirar qualquer coisa que não gostaria que fosse contemplada.

Agradecimentos.

## **APÊNDICE 5 Roteiro do grupo de discussão comunicativo**

### **Roteiro para o 1º Grupo de Discussão Comunicativo**

**Dia: 02/09/2011**

#### **Apresentação inicial (Carol e Kelci) – 2 min.**

Carol– enfermeira do PSF Indaiás e estudante que está realizando um trabalho de finalização de curso

Kelci – estudante mais experiente que vem ajudar na realização da conversa.

#### **Retomada do objetivo da pesquisa – 3 min.:**

Como enfermeira e quando fazia faculdade, estudava bastante sobre o aleitamento materno e até dava um curso para as mães na maternidade de São Carlos, enfim gosto muito do tema. Depois de formada resolvi aprofundar os estudos e fui fazer mestrado na UFSCar e, por isso estou fazendo esta pesquisa que tem como objetivo:

*“Identificar com as mulheres que desmamaram precocemente seus filhos, os aspectos transformadores e os excludores do aleitamento materno e do desmame precoce”*

- Explicar os motivos da pesquisa, importância de estudar o processo da amamentação e do desmame precoce. Que a pesquisa não sirva apenas para a conclusão de um curso, mas também para a vida delas e de outras que estejam vivendo esta situação de amamentação e de desmame.
- Explicar nossa metodologia e a importância que damos para as falas das pessoas participantes das pesquisas, no caso as mulheres. “Buscamos que nesse espaço possamos dizer o que pensamos: eu como pesquisadora e elas como participantes. A idéia é que vocês possam concordar ou discordar de mim e dos estudos que trago e que não há a intenção de dizer o que é ou foi certo ou errado”.
- Esclarecimentos sobre o que são os elementos transformadores e excludores. Que a pesquisa ajude-as a melhorar as suas vidas e de outras mulheres e de suas famílias e a todos com quem vocês convivem. Assim, precisamos compreender o que facilitou ou o que atrapalhou vocês para amamentar e o que poderíamos fazer para que vocês, outras mães e a todos que convivem com vocês tenham elementos suficientes para a tomada de decisão (amamentar ou desmamar)

#### **Combinados – 2 min.:**

- Falar sobre a gravação, caso tenha algum momento que queiram desligar podem ficar à vontade.
- Ficar à vontade para não responder o que não quiser, pode perguntar se não entender alguma coisa.
- Garantia do sigilo dos dados e o que elas não querem que seja publicado não será, assim faremos outro encontro para o retorno dos dados e da pesquisa, garantindo assim a fidelidade às falas delas.
- Combinar o tempo. Teremos 1 hora e 30 minutos de encontro, se querem fazer um intervalo.
- Combinar as inscrições (respeito das falas - falar um de cada vez -, sobre a gravação, etc.)

“Nossa conversa de hoje será por temas, que nós já conversamos nas entrevistas, vou ler algumas coisas que vocês falaram e outras que os estudos vêm apontando”:

#### **1- Significados para o aleitamento materno e desmame – 30 min.:**

##### **1.1 Experiência de amamentar e desmamar**

Nas entrevistas, vocês relataram que amamentar foi uma experiência boa, prazerosa, oferecia saúde ao filho, símbolo de ser mãe, forma de fortalecer o vínculo com o bebê, etc. E, com relação ao desmame, vocês relataram não ser o que esperavam que foi uma experiência negativa, frustrante,

gerando um sentimento de culpa, arrependimento e motivo de preocupação após o desmame, etc. Pude perceber que quando perguntava sobre as vantagens da amamentação, o enfoque era para com a saúde do bebê e olhavam para a amamentação como sendo uma tarefa ou dever materno, o que mostra talvez a contradição entre o querer e dever e quando a amamentação não se concretizava com sucesso, gerava o sentimento de culpa, além das cobranças dos familiares e dos esposos.

Sobre este tema, as pesquisas que tenho lido trazem que amamentar é condição simbólica de ser mãe, além disso, as mães se dedicam em benefício de ter o filho bem cuidado, entretanto, as mães acabam se poupando de muitos cuidados para elas mesmas como com a sua alimentação. Assim, como o cuidado com os filhos, as mães tomam para si a culpa por não conseguirem amamentar. De acordo com os autores deste estudo, os atributos maternos aderem ao corpo e mente das mulheres como se fosse parte de sua natureza, ou seja, quando as mães não conseguem amamentar, se culpam e se decepcionam por isso, pois acham que amamentar é instintivo e não aprendido. A autoconfiança materna na capacidade para amamentar também se mostrou importante para o sucesso da amamentação. (NAKANO, 2003)

O que vocês acham disto (experiência da amamentação: culpa, cobrança, dever da mulher para amamentar, prazer em amamentar...)?

## 1.2 Benefícios da amamentação e a questão do pouco leite

Os estudos que tenho lido e os dados desta pesquisa revelam que os benefícios da amamentação especialmente para os bebês são conhecidos pelas mães. Porém, de acordo com estas pesquisas, as mães não conhecem os benefícios da amamentação para a saúde delas. (ISSLER, 2010)

De acordo com nossas conversas, parece que essa pesquisa é verdadeira. As mães não sabem que amamentar é bom também para a sua saúde, que reduz o sangramento pós parto, que previne contra o câncer de mama e de ovário, que ajuda no retorno ao peso antes da gravidez, etc. Fico me perguntando: Porque as mulheres conhecem pouco os benefícios da amamentação para elas mesmas?

Hipótese: dizer que não tem problema não saber, que não são culpadas por isso, mas que o sistema de saúde deveria informar melhor. Perguntar se elas concordam com essa hipótese do porque não conhecem os benefícios



Então conhecer as vantagens do aleitamento materno é suficiente para manter o aleitamento materno? Por quê?

Em um estudo que li, traz que as mães reconhecem as qualidades do aleitamento materno, porém mostra o dilema das mulheres entre o desejo e a realidade do que é amamentar e refere que os aspectos psicológicos (desejo) e sociais (família, empresas, apoio...) podem dificultar a amamentação. Frente à impossibilidade de expressar este dilema, tendem a dar respostas esperadas pela sociedade, usando a idéia do pouco leite, o que as desobrigam da amamentação, uma vez que o desmame foge do seu controle e as livram de qualquer culpa. (ISSLER, 2010)

Vocês acham que as mães procuram uma justificativa quando desmamam seus filhos, seja para não assumir o desejo de desmamar ou por simplesmente justificar? Além do desejo, existem outros fatores que influenciam na amamentação? Quais?

Em um estudo que li, traz que 17,1% das mulheres acham que produzem uma pequena quantidade de leite e estas mães observavam algumas coisas para falar da produção do leite como: a quantidade de leite materno que saía das mamas, o volume das mamas (Meu peito está bem maior), o estado físico e psicológico da criança após a mamada (O leite é bom. Ela dorme bastante. Eu acho que sustenta... A criança ficava chorando e só saía gota...). E que após a mãe achar que está com pouco leite, introduzia outros tipos de leite artificial, logo no primeiro mês depois do parto. (BORGES E PHILIPIS, 2003).

Por isso, a razão mais comum mencionada por mulheres para interromper o aleitamento materno, ou oferecer outros tipos de leite e outros alimentos para o bebê, é a crença de que ela não tem leite suficiente. Vocês acham que tem mulheres que produzem pouco leite e como percebem que está sendo pouco?

### 1.3 Aspecto social e de gênero do aleitamento materno

Uma questão importante de ser debatida é o que se espera socialmente de ser uma boa mãe: “aquela que amamenta é socialmente a mãe verdadeira. Do contrário, é censurada e está sujeita a receber as penas por não fazer o que a sociedade espera que faça. (SILVA, 1990)

Este é o discurso médico, o que acham disso? Vocês sentem que realmente tem esse preconceito, essa censura? Como ela se dá?

Os estudos trazem que a o aleitamento materno na vivência da maternidade é condição necessária para uma boa maternidade e realização da mulher. (SILVA, 1990).

Vocês se sentiram menos realizadas por não ter tido sucesso com a amamentação?

O que vocês pensam disto?

O que todos nós sabemos e é veiculado nas campanhas de incentivo ao aleitamento materno é que o “o ato de amamentar é milenar, sem custo e essencial para a vida dos seres humanos, minimiza a fome, salva vidas e faz o indivíduo crescer não só biologicamente como também emocionalmente, devendo ser de responsabilidade de todos e não apenas da mulher (...)”. (REVIMALES, et al, 2010)

Ou já vimos em campanhas de aleitamento materno, falando: “se você ama, amamente”, ou “a saúde do seu filho depende de você, mãe”

O que pensam destas campanhas ou destas formas de incentivo ao AM? Elas são efetivas? Falar só da questão do dinheiro economizado, de melhorar a saúde e do emocional da criança tem algum efeito sobre a decisão de amamentar ou não? Se não, o que deveriam abordar e como abordar?

Nas pesquisas que tenho lido, os autores compreendem o aleitamento como um comportamento social, que muda conforme as épocas e os costumes e as manifestações da cultura. “Se o aleitamento fosse um ato natural, ele permaneceria imutável nos sujeitos. Se ele se modifica, não se pode traduzir tal mudança como um erro ou uma imperfeição da natureza”. Amamentar não é algo natural, que toda mãe nasce com este instinto e também não se resume em colocar a criança no peito e amamentar, esta vai além do instinto, é uma prática que precisa ser apreendida durante a vivência do ser mulher. (ALMEIDA, 1999; ABRÃO, 2006)

Então temos que o aleitamento materno não é algo determinado biologicamente, ou seja, pela natureza e sim algo construído e influenciado pela sociedade e pela cultura de determinada

época. Segundo Linton, "o homem se distanciou tanto de seu começo animal, que praticamente tudo que ele faz é modelado pela cultura. Até atividades elementares e vitais como a amamentação e o cuidado das criancinhas, são controladas por padrões culturais e, não pelo instinto" (LINTON: 1981,445-446)

Vocês acham que toda mulher é capaz de amamentar, ou seja, que ela nasce com esse dom ou amamentar precisa ser aprendido e é influenciado pelo meio em que vivemos?

E para ajudar com o desmame e deixar as mães mais seguras da nutrição do seu filho, surgiram os leites artificiais, os quais são indicados para atender as necessidades nutricionais e as condições fisiológicas do lactente no primeiro ano de vida. No entanto, é importante considerar que os produtos industrializados destinados a lactentes não apresentam dois benefícios fundamentais, só supridos pelo leite materno: o imunológico e o emocional. Contudo, o leite de vaca, apesar de não ser a melhor escolha do ponto de vista nutricional, é a fonte mais comumente utilizada para crianças menores de um ano de idade, como substituto do leite materno, pois as fórmulas infantis são mais caras. Ainda, existe um perigo quando as mães oferecem à criança uma mamadeira excessivamente diluída, e com elevada possibilidade de contaminação durante a reconstituição do leite, pela má qualidade da água e má higienização da mamadeira e bico. Isto expõe a criança ao risco de infecções intestinais repetidas, resultando quase sempre em desnutrição. (ARAÚJO, 2004)

O que vocês acham dos leites artificiais?

Porque começaram a dar a seus filhos? Tiveram alguma influência de alguém para usar este leite. Quando começaram a dar aos seus filhos, o que lhes preocupavam?

Eu tenho um exemplo da influência do meio em que vivemos na escolha do leite artificial. Existem varias ideias: o leite industrializado como símbolo de mais saúde, mais bonito dar mamadeira, única opção de alimentação para a criança quando a mulher trabalha, valorização da mama como símbolo sexual, o saudável é ser uma bebê gordo ("bebê Johnson").

Vocês acham que somos controladas por estes padrões? E a amamentação como fica?

Consenso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **2 – Amamentação e trabalho materno – 30 min.:**

Na nossa conversa pude perceber que, em relação ao processo da amamentação e do desmame precoce, algumas coisas foram importantes e uma delas foi a questão do retorno ao trabalho como sendo um dos fatores que levou ao desmame, devido a dificuldade em conciliar amamentar e trabalhar e, alguns pontos eu identifiquei nas falas de vocês como:

- tempo (1 hora no dia) dado pela empresa para ir até o bebê para amamentar
- outros filhos
- trabalho doméstico
- necessidade de ter seu próprio dinheiro
- pressão do empregador para voltar antes do término da licença maternidade
- a idéia de que eu tenho que ter muito leite para reservar para deixar ao bebê, preocupação em não ter na creche a quantidade de leite materno suficiente; então acaba dando leite artificial ao bebê.
- preocupação do bebê se adaptar com o leite artificial
- retorno aos estudos

Vocês concordam com estas questões que apareceram nas entrevistas? Tem mais algum que não citei?

Em um estudo que li traz a mesma perspectiva que encontrei na minha pesquisa, ou seja, as mulheres que trabalham fora do lar, ou que têm esta intenção de voltar a trabalhar, ficam preocupadas com a possibilidade de a criança não se adaptar com a alimentação artificial e tendem a oferecer a mamadeira precocemente. Este estudo notou que várias mães se depararam com o dilema “trabalho versus amamentação” (ISSLER, 2010)

Como foi para vocês ter que retornar ao trabalho e amamentar?

Nas pesquisas que estudo, vejo que o trabalho materno é um fator para que as mães não pratiquem o aleitamento materno exclusivo (AME), ou seja, só dar o peito: 23,7% das mães que não trabalham praticam o AME, enquanto que 11,2% das mães que trabalham praticam o AME (DAMIÃO, 2008).

Vocês nas entrevistas falaram que as empresas ou os patrões não são flexíveis com os horários para amamentar e algumas nem garantem a totalidade dos dias da licença maternidade, e em algumas vezes, algumas de vocês acabou procurando o INSS para saber dos direitos, etc...

O que vocês pensam das condutas destes empregadores?

Vocês conhecem as leis que regem os direitos das mães trabalhadoras que amamentam?

Conhecem como chegamos a estes direitos?

Sabem que muitos desses direitos foram conquistados graças à luta de mulheres?

Eu trouxe à vocês cartilhas do Ministério da Saúde que trazem os direitos trabalhistas da mãe que amamenta.

O que realmente por lei os empregadores devem oferecer além dos 6 meses de licença maternidade remunerada?

Em uma pesquisa que li, traz que cada vez mais as atenções têm-se voltado para a necessidade de investigar as relações entre a duração do aleitamento e o trabalho das mães. O que o estudo traz é que: atualmente, as mulheres brasileiras empregadas no mercado formal de trabalho têm quatro meses de licença de maternidade remunerada. Quando retornam ao emprego, têm direito a dois intervalos de meia hora durante a jornada de trabalho para amamentar o bebê, até que ele complete seis meses. As empresas onde trabalham pelo menos 30 mulheres, com mais de 16 anos de idade, estão obrigadas a providenciar local adequado para o cuidado dos filhos das funcionárias durante o período de amamentação, dentro da própria empresa ou mediante convênio com instituições apropriadas. As mães trabalhadoras deste estudo relatam que o fundamental para que uma trabalhadora decida manter o aleitamento exclusivo ao término da licença de maternidade é a existência da creche e de apoio institucional para ir amamentar durante o expediente. (OSIS, 2004)

Outra forma de apoio à amamentação para as mães trabalhadoras foi a instituição da sala de apoio à amamentação nas empresas ou instituição, sendo para isso elaborada uma Nota Técnica.

Ela foi publicada no Diário Oficial da União de 24/02/2010, como PORTARIA ANVISA no. 193, de 23 de fevereiro de 2010.

Vocês sabiam disto?

As empresas em que vocês trabalham cumprem estas leis?

O que pensam destas formas de apoio à mãe trabalhadora que amamenta?

Como são as formas de incentivo ao AM nos locais que vocês trabalham? Existe ou não algum incentivo? Por quê? Se isso não tem acontecido, pode vir a acontecer? O que precisa para isso?

Consenso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **3 – Outros fatores que levam ao desmame precoce – 15 min:**

Já conversamos hoje sobre alguns fatores que levam ao desmame como, leite fraco, trabalho materno, mas nas falas de vocês, outros aspectos apareceram como:

-o choro do bebê como fator para oferecer leite artificial e também leva a percepção de que o seu leite não estava sustentando e vocês acabam oferecendo outro leite.

É isso que acontece?

Como vocês vêem o choro do bebê, o que ele indica?

Existe leite fraco? O que leva algumas mães a chegar a esta conclusão?

Em um estudo que li traz que, ao perguntar para as mães sobre a percepção que tinham de seu leite, a maioria (164-71,0%) referiu que seu leite era bom (caracterizado como bom, forte, que sustenta, suficiente, saudável, nutritivo) e 67 mulheres (29,0%) referiram que seu leite era ruim (caracterizado como ruim, fraco, não sustenta, insuficiente, pouco). A saciedade da criança, ao final da mamada foi referida por 160 mulheres (69,3%). Para estas, o motivo da saciedade alegado com

maior frequência (87-54,4%) foi porque a criança dormia após a mamada. Para as mulheres que não percebiam a criança saciada após a mamada (71-30,7%), o motivo mais alegado foi devido ao choro da criança após a mamada (40-56,3%). (MONTEIRO et al, 2011)

O que acham dos resultados deste estudo?

Além do choro do bebê e da percepção de pouco leite ou leite fraco, outro estudo que li traz que na maior parte dos casos foi o médico que indicou o uso do leite artificial e, nos outros casos foi por iniciativa das mães. (SILVA, 2007)

É isso que acontece? Como foi a experiência de vocês quando ofereceram outro leite aos seus filhos?

Além do pouco leite e do choro do bebê, temos as rachaduras no peito e a questão do bico para amamentar. Um estudo que li realizado com mães no pós-parto, das 1020 mães, 538 (52,75%) apresentaram rachadura no bico do peito. E, neste estudo as pessoas concluíram algumas facilidades ou dificuldades para rachar o peito na amamentação, tais como: mulheres de pele escura têm menor chance para rachar, pois a região do peito é mais pigmentada, mais escura e por isso mais resistente. Além disso, observaram que as mães com pouco bico ou bico pouco saliente tem uma maior dificuldade para o bebê pegar no peito e, ainda mais se o peito não está macio e flexível (SHIMODA et al, 2005).

Isto traz a questão do bico para amamentar. Nas falas de vocês foi muito relatado a importância do bico como condição essencial para o sucesso da amamentação e que, para o bebê pegar certo no peito é preciso ter bico grande. Algumas de vocês tentaram das mais variadas formas estimular a saída do bico, mudar a posição de amamentar...

Como vocês vêem a questão do bico para amamentar?

O que alguns estudos trazem é que o uso dos leites artificiais muitas vezes é devido à dor das rachaduras nos mamilos. (MONTRONE et al, 2006). Muitas mães com rachadura no peito, para sentirem menos dor, oferecem mamadeira aos seus filhos para espaçarem as mamadas. Essa prática

pode resultar em menor produção de leite, fazendo com que a oferta de mamadeira se perpetue. (FRANÇA et al, 2008)

Podemos ver por estes estudos que a dor por causa da rachadura é um fator importante. E então amamentar gera dor?

O que pode causar dor para amamentar?

Quem aqui viveu uma amamentação dolorosa, pode nos contar como viveu e o que fez para solucionar?

A dor para amamentar pode levar ao desmame?

Consenso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Encerramento – 8 min.:**

- Perguntar se gostariam de dizer mais alguma coisa
- Dizer que vou sistematizar e organizar as respostas e que depois disso convidá-las para apresentar os resultados.
- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Agradecer a participação de todas.



**APÊNDICE 6 Exemplo de quadro inicial levado às mães no segundo encontro.**

Amamentação e Desmame Precoce – Entrevista B	
Aspectos transformadores	<p>-Amamentação: experiência diferente (“Ah, foi diferente...”)</p> <p>-Amamentação: aproximação mãe e filho (“...porque daí eu não sentia ele comigo, agente sente amamentando..., quando eu fui dar de mamar para ele, nossa eu me senti o máximo dando de mamar, ou daqui a pouco eu só estou na mamadeira; ... porque daí você está sentindo ele bem, vendo ele puxando tudo, fica mais perto...., no peito fica mais próximo”)</p> <p>-Desmame gera gastos (“...tem que comprar o leite, três caixas são oitenta reais, dá para uma semana...”)</p> <p>-Amamentação: experiência bonita (“foi uma coisa bonita, eu nunca tive filhos...”)</p> <p>-Estratégias para acordar o bebê para mamar (“porque ele não sugava, eu tirava a roupa dele, tentava acordar ele, que era muito dorminhoco...”)</p> <p>-Conhecimento do estímulo para produção do leite (“...porque para sugar tem que vim o leite e ele não sugava..., eu acho que quanto mais mama, mais vem, só que</p>

	<p>ele não mamava, então não produzia...”)</p> <p>-Conhecimento da palavra desmame (“não dá o leite do peito”)</p> <p>-Conhecimento da AME (“até os 6 meses...”)</p> <p>-Conhecimento da extensão da AM (“...se possível dar mais até 1, 2 anos, mas até os 6 meses é o necessário”)</p> <p>-Conhecimento dos benefícios da AM para a saúde do bebê (“falam que para evitar coisas, evita bastante doenças.”)</p> <p>-Conhecimento dos benefícios da AM para saúde materna (“falam que se agente não dá, do câncer no peito...”)</p> <p>-Conhecimento das conseqüências do uso do leite artificial para a saúde do bebê (“até porque no começo eu tinha que pegar outro leite, ressecava e fazia mal para o estômago dele...”)</p> <p>-Conhecimento da imaturidade do estômago do bebê para receber leite artificial (“...tem que ficar até os 6 meses é o certo, porque ai ele já vai estar comendo papinha, o estômago vai estar acostumado, vai estar mais seguro”)</p>
--	--

	<p>-Conhecimento das conseqüências do desmame (“tem várias doenças, daí não acostuma com o leite...”)</p> <p>-Conhecimento da oferta dos dois peitos na mamada (“...dá um, ele mama, mama, depois você dá outro...”)</p> <p>-Apoio da família e do esposo (“ajudou, ele e minha mãe, falavam, vai ter que tirar do peito, tem que mamar ele para encher ele, para ele não perder peso..., eles faziam coisas para eu comer, eles acordavam quando o Gabriel acordava para ver se ele mamava, então tinham que fazer mamadeira...”)</p> <p>-Amamentar: sinônimo de ser mãe (“muito bonito, eu me senti mãe, uma mãe zona...”)</p> <p>-Amamentar: sentimento de pertencer a mãe (“não, assim é mãe, porque eu não estou sentindo ele em mim, mesmo porque eu o peguei nos meus braços, segurando ele, ele é meu filho, mas foi diferente, emocionante...”)</p> <p>-Amamentação: prática socializada na infância (“...quis desde pequena, quando brincava de boneca e agora também que</p>
--	---

	queria ter dado pelo menos até os 6 meses...”)
Exclusores	<p>-Percepção de pouco leite (“eu fiquei com medo de acontecer alguma coisa com ele, porque ele não sugava, eu já não tinha muito leite...”)</p> <p>-Rotinas do hospital desfavorecem a prática da AM (“...as enfermeiras falavam que ele tinha que sugar antes de sair do hospital..., no primeiro dia eu fiquei nervosa, eles começaram a tirar a roupa dele, tem que sugar, senão não sai daqui, ele não sai mais..., ficou falando que era para tirar ele, que ele tinha que mamar no peito e tirar a roupa dele, o leva lá fora e demora, daqui a pouco ele volta...”)</p> <p>-Falta de diálogo no Hospital (“não falavam e nem perguntavam nada, disseram que ele mesmo sugasse, e ele não sugava...”)</p> <p>-Falta de apoio da atenção básica em prol da AM (“veio uma vez quando sai do hospital, que daí eles tentaram para fazer ele mamar no peito, eles vieram um dia para marcar quando ia ganhar só, mas não falaram nada”)</p> <p>-Sofrimento com o desmame e as conseqüências após este (“...eu sofri</p>

	<p>muito, se eu tivesse dado o peito para ele, evitaria tudo...”)</p> <p>-Bico como fator para a AM (“eu tinha bico...”)</p> <p>-Culpa pelo desmame (“um pouco, quando ele começou a ficar ruinzinho com o leite, eu senti que eu deveria tentar e ele não pegava o peito, aí eu estava vendo que ele estava com fome, então ele ia começar a perder peso... eu pensava tudo isso...”)</p> <p>-Choro e amamentação (“...você tem que dar o peito e ele não mama e ele chora a noite inteira para querer mamar..., eu estava ficando muito nervosa porque o Gabriel chorava, só chorava...”)</p> <p>-Cansaço e preocupação na insistência na AM (“...porque ele ficava a noite inteira chorando, eu ficava cansada e preocupada”)</p> <p>-Desmame da mãe (avó) e o desmame da filha (“a minha mãe não gostou muito, porque ela acha que eu deveria ter tentado, porque ela não deu para gente, ela não teve, nós não mamamos até os 6 meses...”)</p> <p>-Oferta de leite artificial: única solução</p>
--	---

	<p>(“... vamos ficar dando leite na mamadeira e acabou aceitando, não tinha outra solução”)</p> <p>-Amamentação dedicação exclusiva (“porque no peito agente tem que parar de mamar até que ele para de mamar, mamadeira não, ele mama aquilo e já encheu e você deita ele..., é um pouquinho complicado, daí você pára, dá um, ele mama, mama, depois você dá outro..., dando mamar no peito, aí pára e pára, atrasa tudo”)</p> <p>-Mamadeira: facilidades (“...só que na mamadeira certa, acabou ele mama, ou ele dorme, fica deitado, é uma vez só, só que no peito não”)</p> <p>-Doença do leite (“...mais é a doença dos leites, que não dá nele, ainda agora eu vou ter que mudar o leite dele, um leite melhor para ele, porque agora ele ta crescendo...”)</p> <p>Desmame: desistência (“...é melhor desistir que nem eu desisti, é uma aflição...”)</p> <p>-Não conhecimento do colostro (“...quando eu apertava saia bem pouquinho, uma aguinha branca..., eles falavam que o leite que ele tinha que sugar</p>
--	---

	<p>que aí ia sair o grosso, só que como ele não sugava só saía uma aguinha...”)</p> <p>-Uso da bombinha para ordenhar o leite (“...eu tirava com a bombinha, mas não saía...”)</p> <p>-Uso da mamadeira (“...até que eu falei vamos dar chuquinha para ver se ele pega, e ele pegou, aí tinha vez que eu tirava leite do peito e dava na chuquinha...”)</p> <p>-Uso de leite artificial junto a AM (“...tinha vez que eu dava outro leite, até eu não tinha mais leite..., até porque no começo eu tinha que pegar outro leite..., e fui trocando, agora ele está bem melhor, agora ele toma aptamil, então desde os três meses ele toma..., vamos dar um leite para ele, para ver se ele vai dormir a noite inteira, aí nós demos...”)</p> <p>-Alimentos para aumentar a produção de leite (“falavam para comer sopa que era bom, eu comia bastante sopa, tomava bastante água...”)</p> <p>-Preocupação com a questão da fome e do desenvolvimento justificando a oferta de leite artificial (“eu estava vendo que ele estava com o fome, então ele ia começar a perder peso, aí tinha que ficar</p>
--	---

	<p>internado...”)</p> <p>-Não cumprimento da seqüência social da mulher (“eu assim, antes de pensar em arrumar filho, eu não queria..., eu queria voltar a estudar, eu queria terminar o meu estudo, queria primeiro casar, porque eu não sou casada, para depois arrumar filho...”)</p>
--	--



# *Anexos*

## **ANEXO 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Aleitamento Materno e Desmame Precoce: aspectos transformadores e excludores”. Você foi selecionado por ter vivenciado, a menos de três meses, a interrupção da amamentação exclusiva antes dos 6 meses de vida do bebê, ser do sexo (feminino) e pertencer à área adscrita a Unidade de Saúde selecionada. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Os objetivos deste estudo são: refletir e dialogar com as mulheres acerca de suas percepções, conhecimentos e atitudes sobre o aleitamento materno e desmame precoce. Descrever a frequência do aleitamento materno e sua duração, caracterizar o perfil socioeconômico e os antecedentes da amamentação desta população que vivenciou o desmame precoce. Os riscos relacionados com sua participação são mínimos, tanto nos aspectos físicos, psíquicos, quanto morais aos participantes envolvidos. Dessa forma, em caso de cansaço ou indisposição a entrevista será imediatamente suspensa e havendo concordância será remarcada para outro momento oportuno, para que não haja prejuízos a nenhum participante. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista através de um questionário contendo 44 perguntas e um roteiro de entrevista, que serão gravados, porque é difícil de escrever tão rápido e tudo que você diz é muito importante para a pesquisa. A entrevista poderá ocorrer em dois momentos caso a participante achar cansativo. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os benefícios na realização da pesquisa estão fundamentados nos objetivos do projeto e da real necessidade de se aprofundar estudos que retratem a perspectiva das mulheres, dos pais e da família sobre a experiência da amamentação e da vivência do desmame precoce. Espera-se com este estudo melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, bem como auxiliar mães e pais que estão vivendo o processo de amamentação e desmame. Não haverá despesas ou compensação financeira em qualquer fase do estudo para o entrevistado. Os resultados da pesquisa serão divulgados mantendo em sigilo a identidade das participantes. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Márcia Regina Cangiani Fabbro – pesquisador responsável

Rua 12 no 2202. Rio Claro, São Paulo. Telefone: 16- 33518337/8334

---

Carolina Viviani Clapis – aluna do Curso de pós-graduação da Universidade Federal de São Carlos

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Sujeito da pesquisa

---

Assinatura do Responsável

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(Para casos de entrevistados menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual).

## ANEXO 2 Parecer do Comitê de ética em pesquisas com seres humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos  
Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676  
Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110  
Fax: (016) 3361.3176  
CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil  
propg@power.ufscar.br - <http://www.propg.ufscar.br/>

### CAAE 0472.0.000.135-10

**Título do Projeto:** Percepções, conhecimentos e atitudes de mulheres que desmamaram precocemente seus filhos: aspectos transformadores e obstáculos

**Classificação:** Grupo III

**Procedência:** Departamento de Enfermagem

**Pesquisadores (as):** Márcia Regina Cangiani Fabbro, Carolina Viviani Clapis (orientanda)

**Processo nº.:** 23112.000558/2010-08

### Parecer Nº. 269/2010

#### 1. Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 29/08/2010 e ao término do estudo.

#### 2. Avaliação do projeto


O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU:

Este projeto já foi aprovado pelo CEP/UFSCar conforme parecer 119/2010, de 22/04/2010, prevendo-se a realização da coleta de dados no Município de São Carlos. Através de carta datada de 16/08/2010, a pesquisadora e orientadora solicitaram a alteração do local de coleta de dados informando que "a aluna foi contratada pela Prefeitura de Itirapina e atualmente trabalha em uma Unidade de Saúde da Família, tendo afastamento para cursar disciplinas".

A Prefeitura de Itirapina concorda que a esta mesma pesquisa seja realizada em unidades de Unidades de Saúde da Família daquele município. Considerando ser esta a única modificação proposta pelas pesquisadoras, é conveniente autorizar a mudança no local de coleta de dados nos termos da proposta apresentada.

#### 3. Conclusão: Projeto aprovado

São Carlos, 24 de agosto de 2010.

  
Prof. Dr. Daniel Vendruscolo  
Coordenador do CEP/UFSCar