

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO**

**ALEITAMENTO MATERNO: REALIDADE DE UM
GRUPO DE MÃES QUE REALIZAM PRÉ-NATAL NO CENTRO DE SAÚDE VILA
DOS COMERCIÁRIOS**

CLAUDIA BEATRIZ DIFINI BENDER

PORTO ALEGRE

2003

CLAUDIA BEATRIZ DIFINI BENDER

**ALEITAMENTO MATERNO: REALIDADE DE
UM GRUPO DE MÃES QUE REALIZAM PRÉ-NATAL NO CENTRO
DE SAÚDE VILA DOS COMERCIÁRIOS**

Trabalho de Conclusão da Graduação em Enfermagem
Professora Orientadora: Carmen Lúcia Mottin Duro
Enfermeira Supervisora: Ursula E. Butteli Koch

**PORTO ALEGRE
FEVEREIRO DE 2003**



Criança que mama no peito
Cresce sadia e forte
É difícil adoecer
É raro chegar a morte
Só seu leite tem esse poder
Você é uma mulher de sorte

Mirian Vasconcelos e Sidneuma Melo

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Sylvio pelos 13 anos de convivência ao meu lado, pelo incentivo, dedicação, e ajuda em várias etapas desse trabalho.

Aos meus filhos, Guilherme, Rodrigo, Francielle e Beatriz, todos amamentados com meu leite, e por me possibilitarem um crescimento como pessoa é só com a experiência da maternidade que podemos saber o que é amar de verdade.

À professora Carmen Lúcia Mottin Duro, por todo apoio e ajuda, pelo empréstimo de material e por respeitar meu ritmo ao desenvolver esse trabalho.

À enfermeira Úrsula E. Butelli, enfermeira do Centro de Saúde Vila dos Comerciários, por todo apoio, amizade e ensinamentos durante o estágio curricular

Ao meu sobrinho Hudson Marques Bender responsável pelo empréstimo da impressora para impressão desse trabalho.

Aos funcionários da área 10 (dez) do Centro de Saúde Vila dos Comerciários, por aceitarem uma estagiária trabalhando junto com a equipe, pelo carinho dispensado e por todo apoio para realizar essa pesquisa.

Às nutrizes que participaram deste estudo, e também a todas gestantes e puérperas atendidas por mim, durante o estágio curricular, no programa do pré-natal da área 10 (dez) do Centro de Saúde Vila dos Comerciários.

Às colegas estagiárias do 8º semestre do curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Milena e Daniela.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
1 OBJETIVOS.....	9
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1 Amamentação.....	12
Duração da amamentação.....	12
Vantagens do aleitamento materno.....	13
Contra – indicações à amamentação.....	15
Mitos e Crenças.....	16
2.2 Programa de humanização no pré natal e nascimento.....	18
2.3 Questão cultural da amamentação.....	20
3 METODOLOGIA.....	22
3.1 Procedimento Metodológico.....	22
3.2 As Informantes.....	23
3.3 Caracterização do local de estudo.....	25
3.4 Coleta de Informações.....	26
3.5 Análise das Informações.....	29
4 CONHECENDO UM POUCO DA VIDA DAS MÃES ENTREVISTADA.....	31
4.1 Condições de moradia.....	31
4.2 Sustento Familiar.....	33
4.3 Escolaridade das mulheres.....	34
4.4 O Companheiro.....	36
4.5 Relação com os vizinhos.....	37
5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	39
5.1 Orientações que as mães recebem no pré-natal e puerpério.....	39
Orientações recebidas no Sistema de Saúde no pré-natal do CSVV.....	40
Orientações recebidas no hospital no pós-parto imediato.....	41
5.2 Os profissionais que realizam a orientação sobre amamentação.....	44
Equipe de Enfermagem.....	44
Outros Profissionais da Equipe de Saúde (Médicos).....	46

5.3 Orientações recebidas da família.....	48
5.4 Necessidades e dificuldades na manutenção do aleitamento materno	50
Suporte no Cuidado dos Filhos e da Casa	50
Apoio do Pai	51
Apoio das mulheres da família	54
5.5 Vontade de amamentar e o benefício da amamentação.....	55
5.6 O mercado de Trabalho e a prática do aleitamento materno	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	69
Apêndice A ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA	70
Apêndice B OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO E APROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE.	71
Apêndice C TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	72
Apêndice D OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO E APROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA PELO AMBULATÓRIO BÁSICO DO CENTRO DE SAÚDE VILA DOS COMERCIÁRIOS.....	74
ANEXOS.....	75
BULA.....	76

INTRODUÇÃO

Em 1989, quando me formei no curso de auxiliar de enfermagem, percebi que minha caminhada na área da saúde estava apenas no início. Sempre entendi que as pessoas educadas e incentivadas a cuidar de sua saúde evitavam o adoecimento por isso objetivei evoluir dentro da área da saúde pública.

Por contingências do mercado de trabalho, atuei na função de auxiliar de enfermagem vários anos na área hospitalar e sempre me perguntava: como ajudar aquelas pessoas a evitar a evolução das doenças, fornecer orientações preventivas e auxílio no autocuidado quando do retorno deste cliente/paciente à comunidade?

Em função desse questionamento, tracei uma meta para desenvolver atividades na área da saúde coletiva, o que começou a se tornar possível no primeiro estágio da disciplina de Fundamentos em Saúde Comunitária, que realizei no Centro Comunitário da Vila Floresta.

Seguindo esta mesma trajetória fiz um ótimo estágio no PSF Jenor Jarros, durante a graduação e o ponto mais incisivo deste contexto foi o estágio de

administração em enfermagem (8º Semestre) que desenvolvi no Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC). Nesse serviço criei vínculos de amizade, e percebi a possibilidade de aprender muito com a comunidade e poder ajudar, através de ações educativas em saúde, na qualidade de vida dos homens, mulheres e crianças que procuravam o CSVC.

A minha vontade de realizar um trabalho de promoção à saúde na comunidade somada ao fato de ter vivenciado a experiência da maternidade e amamentação foram os principais fatores que me levaram a investigar as dúvidas e ansiedades das mães, que freqüentam o pré-natal do ambulatório básico do CSVC, têm em relação à amamentação de sua criança.

Defendo a prática da amamentação quando a mãe tiver condições e vontade de amamentar, pois amamentar minha filha que está com 2 (dois) anos e 6 (seis) meses. Entendo que amamentar não é simplesmente dar alimento ao bebê é o momento de muita interação entre mãe e criança após o corte do cordão umbilical. Favorece um vínculo de amor e carinho e segurança entre mãe e filho. Enquanto amamenta, através do contato pele a pele, olho no olho, a mãe reconhece-o como ser especial e único.

No entanto, algumas mães sentem-se inseguras em realizar esse ato, por desconhecimento, por medo, por falta de apoio e incentivo para este fim e também por razões culturais, pois lembremos que temos influência das mamadeiras. Na prática, percebe-se que uma mãe, para ter sucesso na amamentação, precisa de

suporte e apoio, seja emocional, familiar, econômico de todos que a cercam, inclusive da equipe de saúde dos serviços de atenção básica.

Muitas mães se deparam com o medo de não conseguir amamentar quando recebem alta hospitalar e começam a surgir dúvidas principalmente sobre o aleitamento materno. Ao se verem sem a segurança da equipe de saúde ao seu dispor, as dificuldades somam-se às dúvidas e na maioria das vezes encontram apoio nas mulheres mais próximas, geralmente aquelas que já tiveram filhos (sogra, mãe, comadre, vizinha).

Assim, entendo que o trabalho educativo feito na comunidade, principalmente durante o pré-natal, deve ser incentivado nos serviços de saúde, para esclarecer as dúvidas mais comuns que poderão surgir quando a mãe for para o convívio do seu lar com o bebê.

Também os/as profissionais que trabalham na saúde comunitária devem estar abertos/as e preparados/as para receber a mãe, deixando claro a ~~ela~~ que, em caso de dificuldades com a amamentação e o cuidado com a criança, ela pode recorrer aos serviços de saúde e com isso promover a saúde da mãe e do bebê.

1 OBJETIVOS

Pretendo indagar alguns pontos relevantes para o sucesso da amamentação, os quais irão somar subsídios teóricos em minha atuação em prol do incentivo ao aleitamento materno entre as mães com quem desenvolvo orientações em saúde do Programa Pré-natal do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC) e também no aperfeiçoamento desse programa junto a esse serviço. Os objetivos desse estudo são os seguintes:

1. Investigar quais as orientações a respeito do aleitamento materno que as mães recebem durante a realização do programa pré-natal pelos profissionais de enfermagem do Ambulatório Básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSCV).
2. Investigar junto às mães, qual o suporte e apoio familiar e comunitário que ela necessitaria para amamentar de acordo com as orientações do Programa pré-natal do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSCV).
3. Detectar junto à mãe que fez o pré-natal no Ambulatório Básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSCV), quais necessidades que ela encontra após a alta hospitalar para ter sucesso na amamentação da criança até os 6 (seis) meses.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Pretendo apresentar agora elementos teóricos de diversos autores e autoras os quais são usualmente preconizados pela política do Ministério da Saúde e divulgados através dos Programas de Saúde na promoção do aleitamento materno.

2.1 Amamentação

Em 1991, a Organização Mundial da Saúde (OMS,1991) estabeleceu indicadores bem definidos de aleitamento materno, que têm sido utilizados no mundo inteiro. São as seguintes as categorias de aleitamento materno internacionalmente reconhecidas:

Aleitamento materno exclusivo: a criança recebe somente leite humano de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite humano ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento materno predominante: a fonte predominante de nutrição da criança

é o leite humano. No entanto, a criança pode receber água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas, solução de sais de reidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos.

Aleitamento materno complementado: a criança recebe leite materno e outros alimentos sólidos, semi-sólidos ou líquidos, incluindo leites não humanos.

As categorias aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno predominante, juntas formam a categoria, na língua inglesa conhecida, *full breastfeeding*, ainda sem tradução consensual para o português. Embora não haja uma definição oficial para alimentos complementares e suplementares, o termo suplemento é utilizado para água, chás e/ou substitutos do leite materno oferecido a criança nos primeiros meses de vida; e o termo complemento se refere a alimentos indicados para complementar o leite materno a partir dos seis meses de vida (GIUGLIANI, 2000).

Segundo Almeida (1999 p.29), é preciso mudar o paradigma de amamentação que norteia as políticas de promoção do aleitamento materno. Tem-se priorizado o biológico, sem dar ênfase aos aspectos sociais, políticos e culturais que condicionam a amamentação. O autor ressalta que "...a mulher precisa ser assistida e amparada para que possa desempenhar a bom termo o seu novo papel social, o de mulher-mãe-nutriz."

Entendo que os profissionais de saúde, desempenham um papel fundamental na assistência à mulher lactante, pois é fundamental que haja uma uniformização com

relação aos diversos padrões de aleitamento materno.

Duração da amamentação

Vários pesquisadores, Cesar, Victora, Barros, Santos (1999) e outros, têm tentado inferir a duração da amamentação na espécie humana. De acordo com diversas teorias, baseadas em pesquisas feitas com primatas, principalmente gorilas e chimpanzés, que tem 98% da sua carga genética idêntica à do homem, o período natural de amamentação para a espécie humana ficaria entre 2,5 (dois anos e meio) e 7 (sete) anos.

Estudos mostram que, 1800 (um mil e oitocentos) a.C., as crianças tradicionalmente eram amamentadas por 3 ou 4 anos e que usualmente elas deixavam de mamar por conta própria nesse período, quando lhes é permitido mamar de acordo com a vontade (SANTOS, 2000).

Almeida (1999) refere que a OMS (1991) recomenda amamentação exclusiva por 4-6 (quatro a seis) meses e complementada até 2 (dois) anos ou mais. Existem evidências de que não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos 6 (seis) meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança. Por isso vários países já adotaram oficialmente a posição que a amamentação exclusiva deve se estender até em torno dos 6 (seis) meses, inclusive no Brasil. No segundo ano de vida, o leite materno continua sendo uma importante fonte de nutrientes, além de continuar conferindo proteção contra doenças infecciosas.

Vantagens do aleitamento materno

Segundo a Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 1998) são inúmeras as vantagens da amamentação para a mãe, criança, família e sociedade em geral. O efeito mais importante da amamentação se dá sobre a mortalidade de crianças pequenas, graças aos inúmeros fatores existentes no aleitamento materno, os quais protegem contra infecções comuns em crianças com diarreia e doenças respiratórias agudas.

A associação entre mortalidade infantil e ausência de aleitamento materno é modificada por diversos fatores de ordem demográfica, socioeconômicas, dietéticas e ambientais. A proteção conferida pelo leite materno contra doenças que determinam a mortalidade infantil é maior em crianças pequenas, exclusivamente amamentadas, residindo em locais onde há pobreza, promiscuidade, água de má qualidade e alimentos contaminados e de baixa densidade energética. O aleitamento materno previne mortes desde os primeiros dias de vida, pois protege contra incidência e gravidade das diarreias, pneumonias, otite média, diversas infecções neonatais e outras infecções (KING,1997). Segundo Giugliani (1996), além da proteção contra doenças, o leite materno propicia uma nutrição de alta qualidade para criança, promovendo o seu desenvolvimento e crescimento.

O aleitamento materno também contribui para a saúde da mulher, protegendo contra o câncer de mama e de ovário e ampliando o espaçamento entre os partos. A

eficiência da lactação como anticoncepção é de 98% nos primeiros 6 (seis) meses após o parto, desde que a amamentação seja exclusiva ou predominante e que a mãe se mantenha amenorreica. Outra vantagem para a saúde da mulher que amamenta é a involução uterina mais rápida, com conseqüente diminuição do sangramento pós-parto e de anemia.

De fundamental importância para as famílias mais carentes é o fator econômico. O gasto médio mensal com a compra de leite para alimentar um bebê nos primeiros seis meses de vida varia de 23% a 68% do salário mínimo, de acordo com os preços divulgados, deve-se acrescentar custos com mamadeiras, bicos e gás de cozinha, além de eventuais gastos decorrentes de doenças (GIUGLIANI, 2000). O real impacto social do aleitamento materno é difícil de ser quantificado. Estudos mostram que as crianças que recebem leite materno adoecem menos, necessitando de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, como resultado, a amamentação pode beneficiar não somente as crianças mas também a família e conseqüentemente à sociedade como um todo (SANTOS, 2000)

Acredito que deva ficar esclarecido para a mãe, pai ou responsável, que uma intervenção educativa simples e não onerosa durante a gravidez pode aumentar o conhecimento das mesmas sobre aleitamento materno e, conseqüentemente, aumentar as taxas de amamentação. Daí a importância que adquire o fator social junto ao aleitamento materno e às orientações recebidas em consultas no pré-natal, que visa fortalecer o vínculo afetivo que se estabelece entre mãe e filho.

Contra-indicações à amamentação

Existem situações que contra-indicam a amamentação, podendo ser temporárias, parciais e permanentes de acordo com a Secretária de Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, (1999):

Alguns exemplos de temporárias são a Herpes simples, enquanto houver lesão, se esta for próxima à auréola, no mamilo, ou na boca do bebê; as psicoses (desde que a medicação não contra indique) e nos surtos psicóticos, porém nas psicoses graves, pode tornar-se uma condição permanente que a mãe não amamente.

A presença de doenças como a varicela contra indicam a amamentação, se houver sintomas entre seis dias antes do parto e dois dias depois.

As medicações como o metronidazol, indicam a amamentar após 24 horas após a última dose do medicamento.

A Fenilcetonúria é uma condição permanente, mas que contra indica parcialmente o uso do leite materno, pois este contém níveis baixos de fenilamina. A criança pode então ser amamentada, completando-se com fórmulas especiais sem fenilaminas. Devem ser monitorados os níveis plasmáticos desses aminoácidos.

Além da fenilcetonúria, a urina do xarope de bordo, uma doença metabólica do lactente, que contra indica parcialmente o leite materno, também é exemplo de contra-indicação parcial da amamentação. As situações que contra indicam amamentar são: permanentes o câncer em função do tratamento medicamentoso

(que é tóxico) e se a mãe estiver em estado debilitante.

No caso da mãe ser portadora da Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (AIDS) pode haver contaminação através do leite materno contaminado, assim não é permitido o aleitamento em nenhuma hipótese, nem a doação do leite da mãe contaminada. Na galactossemia que é a falta de uma enzima que metaboliza a lactose, também não é permitida a amamentação.

Mitos e crenças

Uma das crenças mais comuns das mães é que o seu leite não é alimento suficiente para sustentar o bebê, pois o fato da criança ficar chorando, causando suspeita de que o leite não está mais adequado às necessidades do bebê. Segundo Giugliani (1999), o bebê chora para manifestar algum desconforto, que pode ser gerado por várias razões: porque está com frio ou calor, porque tem fome ou sede, porque está com as fraldas sujas, porque está sentindo a necessidade de carinho e conforto. A maioria das mães interpreta o choro do bebê como sinal de fome ou cólica, o que pode levar ao desmame da criança.

As mães geralmente relacionam as cólicas do bebê com os alimentos que elas (nutrizes) ingerem, como tomar café preto, verduras verdes.

Martin e Krebs (2001) referem que a cafeína é aprovada pela Academia Americana de Pediatria para mães que amamentam, quando ingeridas com moderação, pois uma pequena quantidade passa pelo leite. Alguns alimentos como

couves, repolhos, nabos e algumas frutas, como a abacaxi e a laranja, são alimentos tradicionalmente conhecidos como aqueles que dão cólicas (GONÇALVES,2001). Contudo, a resposta do lactente à alimentação da mãe é individual, devendo cada mãe reconhecer se algum alimento está causando incômodo ao seu bebê e não restringir sua dieta de forma antecipada.

Outro mito muito comum entre as mães é a do leite fraco, o leite materno pode ser considerado fraco quando o bebê mama e não fica satisfeito, pois a aparência do leite materno difere daquele leite conhecido popularmente como forte, o leite de vaca, o que acontece no início da amamentação, em que o colostro geralmente é transparente, dando uma idéia errônea de ser um leite fraco, esta distorção pode levar as mães a introduzirem a mamadeira para complementar a amamentação, o que pode levar o bebê ao desmame precoce. Segundo Almeida (1999, p.81) enfatiza que “cor, uma das propriedades organolépticas do leite humano, seguramente consiste em um dos atributos de qualidade mais apropriados pela cultura com objetivo de formar juízo de valor”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1999), o uso exclusivo de leite materno é uma prática infreqüente, e água e/ ou chá são oferecidos a bebês, a partir da primeira semana de vida, na crença de que aliviam as cólicas, acalmam a irritabilidade e especialmente matam a sede.

O uso de chás e água, muitas vezes, é considerado essencial, principalmente nas estações mais quentes. De acordo com King (1994, p. 113), “o leite materno

contém toda a água que a criança normal, mesmo em climas quentes”.

Outra prática comum em nossa cultura, é o uso de bicos, um dos problemas atribuídos ao uso de bicos e mamadeiras está no risco da criança desenvolver uma “confusão de bicos”, adquirindo uma forma errônea de posicionar a língua e sugar o seio, o que pode levar a criança ao desmame precoce (CARVALHO,2000). O bico é utilizado para suprir a ausência materna com o intuito de acalmar o bebê.

Todos esses mitos e crenças foram estudados dentro da nossa cultura, pois sabe-se que o ato de amamentar e como amamentar se diferencia em cada cultura.

2.2 Programa de humanização no pré-natal e nascimento

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, e baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, busca:

- concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal;
- adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e
- ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, do financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstetrícia e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento está estruturado nos seguintes princípios:

- toda gestante tem o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico; e
- todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

Em todas as instituições de saúde que realizam o pré-natal é necessário a aplicação deste programa, pois assim podemos ter uma maior segurança e qualidade no atendimento a gestante.

2.3 Questão Cultural da Amamentação

O aleitamento materno é considerado a forma mais natural do ser humano alimentar seu bebê. Mas com o empobrecimento das famílias e com ingresso das mulheres no mercado de trabalho, na mudança do panorama econômico, no qual muitas mulheres são responsáveis pelo sustento da família, a mulher abre mão da amamentação de seu bebê para buscar o sustento daqueles que também dependem dela. Outro fator que também contribui para o desmame precoce é a supervalorização do leite industrializado em relação ao leite materno. Isto ocorreu em meados dos anos 60, quando parte dos profissionais de saúde foram influenciados por propagandas enganosas de incentivo das indústrias de leite. (GONÇALVES, 2001).

Conforme Almeida (1999), existe um descompasso entre o avanço do conhecimento científico, que descobre e correlaciona as especificidades do leite humano às peculiaridades dos lactentes, e a amamentação como prática socialmente instituída. Esse autor reforça que o conhecimento das vantagens da amamentação, descobertas pela ciência e difundidas na sociedade, não tem sido suficientes para garantir a introjeção de valores culturais de reverter a tendência ao desmame.

A mulher, ao decidir por aleitar, expressa, nesta decisão, as suas vivências, suas experiências anteriores ou de seus familiares e amigos e também deve estar

consciente que terá seu tempo quase todo absorvido na amamentação da criança.

De acordo com Dias (1996), os padrões familiares, as mudanças de “status” da mulher a urbanização, o cônjuge ou companheiro, os valores, as crenças a valorização da estética, os meios de comunicação e os profissionais de saúde são fatores aos quais a mulher que amamenta está sujeita e que poderão influenciar e concorrer direta ou indiretamente para o êxito da amamentação.

Almeida (1999 p.23) refere que a amamentação é *“uma categoria híbrida que se constrói com características, propriedades e atributos definidos tanto pela natureza como pela cultura”*.

Segundo Silva (1997) a amamentação assume significados diferentes entre várias culturas, sendo um comportamento social mutável conforme as épocas e costumes, esses fatores regem a prática da amamentação.

3 METODOLOGIA

3.1 Procedimento Metodológico

Para atingir os objetivos propostos, utilizei uma abordagem qualitativa, pois segundo Minayo (1996), as pesquisas qualitativas são entendidas como aquelas capazes de incorporar as questões do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções significativas. A metodologia qualitativa nos induz a pensá-las não como uma alternativa ideológica às abordagens quantitativas, mas a aprofundar o caráter social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem da forma parcial e inacabada. Dessa forma para estudar a caracterização do suporte e rede de apoio necessária às mães, sujeitos desse estudo, que estão amamentando, entendo que a construção desse objeto, será mais fidedigna, a partir da compreensão das falas das próprias mães.

Utilizei o estudo de caso, já que estudei um grupo de mães, pois segundo Stake (1998, p.17), o “objetivo primordial do estudo de caso não é a compreensão de outros. A primeira obrigação é compreender esse caso. Se for possível, devemos

escolher casos que sejam fáceis de abordar e onde nossas indagações sejam bem acolhidas”. O grupo estudado, foi o de mães que realizaram o pré-natal no Ambulatório básico do CSV, no qual desenvolvi o meu estágio curricular e já conheço-as, pois realizei a triagem antropométrica das mesmas para as consultas médicas.

3.2 As informantes

Para esclarecer os caminhos da presente proposta, os sujeitos deste trabalho, foram mães em sala de espera do atendimento médico do programa pré-natal no Ambulatório Básico (AB) do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSV). Isso significa trabalhar com pessoas vivas, com todas suas paixões, desilusões, verdades, crenças e valores.

As mães foram as informantes, eleitas obedecendo os seguintes critérios:

1. A mãe estar realizando e estar inscrita no programa do pré-natal do Ambulatório Básico (AB) do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSV).
2. A mãe ser moradora da área de atuação do Ambulatório Básico (AB) do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSV).
3. Mães que estiveram presentes no Ambulatório Básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSV), para atendimento do pré-natal e realizaram atividade educativa de sala de espera.

O número de informantes limitou-se em 7 (sete), pois o tempo para realizar a pesquisa não me permitiu um número maior de participantes.

A fim de assegurar o anonimato das participantes dessa pesquisa, foram dados nome de pedras a cada uma das mães entrevistadas.

A seguir descrevo dados considerados relevantes de cada uma das participantes:

- Jade, 20 anos, estudou até a 5º série do ensino fundamental, tem um filho, parto normal, realizou 6 (seis) consultas de pré-natal.
- Ametista, 24 anos, estudou até a 7º série do ensino fundamental, tem dois filhos, ambos de parto normal, realizou 8 (oito) consultas de pré-natal.
- Ônix, 26 anos, estudou até a 5º série do ensino fundamental, tem dois filhos, ambos de parto normal, realizou 8 (oito) consultas de pré-natal.
- Esmeralda, 23 anos, estudou até a 8º série do ensino fundamental, tem dois filhos, ambos de parto normal, realizou 8 (oito) consultas de pré-natal.
- Rubi, 22 anos, estudou até a 8º série do ensino fundamental, tem quatro filhos, todos de parto normal, realizou 9 (nove) consultas de pré-natal.
- Hematita, 16 anos, estudou até a 5º série do ensino fundamental, tem um filho, parto normal, realizou 9 (nove) consultas de pré-natal.
- Água-Marinha, 23 anos, estudou até a 4º série do ensino fundamental, tem três filhos, todos de parto normal, realizou 9 (nove) consultas de pré-natal.

3.3 Caracterização do local de estudo

O Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC) está situado na rua Manoel Lobato número 151, vila tronco, zona sul de Porto Alegre, eixo Glória, Cruzeiro do Sul, Cristal (antigo Distrito 4).

A municipalização da saúde em Porto Alegre é coordenada pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS), órgão da administração direta da Prefeitura de Porto Alegre, cujo processo iniciou com a criação de 08 gerências distritais, que agrupam 11 distritos sanitários. Os Distritos Sanitários são regiões agrupadas de acordo com critérios geográficos e epidemiológicos aprovados pelo conselho municipal de saúde. Segundo Vaughan e Morrow (1997,p.1), "o distrito sanitário é a unidade mais periférica de administração sanitária, que detém responsabilidades e poder decisório ante a política local de saúde." O distrito sanitário é a descentralização das políticas de saúde, tornando-se a chave do gerenciamento dos cuidados de atenção primária à saúde (APS).

O Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC) é conhecido por grande parte da população de Porto Alegre e do Interior do Estado, por ser um centro de atendimento de média complexidade, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Centro de Saúde Vila dos Comerciários tem uma área física de aproximadamente 14.000 m², distribuídos em 3 pavimentos, com funcionamento dos seguintes serviços: Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), Ambulatório Básico

(onde será realizada a pesquisa), Ambulatório Especializado, Equipe de Saúde Mental, Cais Mental, Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas Portadoras de Deficiências e de Altas Habilidades no Rio Grande do Sul (FADERS), Farmácia, Laboratório Municipal de Odontologia, Ambulatório de Tisiologia, Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos, Núcleo de Informática (NINFO).

O Ambulatório Básico, foi criado há 6 anos na lógica de ser uma Unidade da Rede Básica, instalada dentro do CSVC. O Ambulatório Básico tem por área de atuação a população residente nas proximidades do CSVC, mais as áreas não cobertas por outras Unidades de Saúde da Família, designadas como áreas de vazios. Este território inclui vilas populares e locais com sub habitações.

A capacidade instalada é formada por servidores federais, estaduais e municipais. O perfil de atendimento à clientela ainda privilegia o aspecto assistencial e curativo em termos de saúde, apesar de apontar atividades pontuais educativas como grupos de educação em saúde e atividades inseridas em programas de atenção à saúde da mulher e da criança.

3.4 Coleta de informações

A coleta de informações ocorreu no período de janeiro de 2002. Para tanto, optei pela coleta de informações através da entrevista, no modelo semi-estruturada, porque, segundo Minayo (1997 p. 57), se busca, através deste tipo de coleta, obter a

fala dos atores sociais: “Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra [porque], se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.” A entrevista, segundo a autora fornece dados secundários e primários referentes a fatos, idéias, crenças, maneiras de pensar e de atuar, opiniões, sentimentos, condutas ou comportamentos dos indivíduos envolvidos na pesquisa.

Ao selecionar cada mãe, sujeito deste estudo, deixei claro através do Termo de Consentimento Informado (apêndice C) as razões e propósitos da pesquisa. Preliminarmente, foi solicitado, através de ofícios, as autorizações da gerência do Ambulatório Básico (apêndice D) e da Assessoria de Planejamento (ASSEPLA) (apêndice B) para a execução da pesquisa e suas finalidades.

O contato foi feito informalmente, propiciando à mãe a sensibilização para o trabalho, sendo a participação na pesquisa facultativa, após o aceite, através do Termo de Consentimento Informado (apêndice C) e deixei claro o caráter confidencial das informações.

Inicialmente, procedi ao levantamento das mães que realizavam o pré-natal no Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC), e pertencentes à área de atuação do CSVC.

Para traçar um perfil das mães que foram entrevistadas elaborei o roteiro da entrevista semi-estruturada (apêndice A), com itens relevantes para traçar este perfil.

Para obter informações relevantes, busquei formular, questões gerais e sucintas, pedindo à entrevistada o relato de sua experiência pessoal. Após foi aplicado o instrumento, testado previamente em duas participantes.

No desenrolar das entrevistas, algumas dificuldades por vez ocorriam, como uma breve narrativa, divagações da informante, detalhes repetitivos, e pouco tempo para as entrevistas, pois elas ocorreram na sala de espera do atendimento médico do pré-natal. Pelos problemas já citados durante as entrevistas em alguns casos ocorreu a necessidade da realização de visita domiciliar (VD), para esclarecimentos de alguns pontos que não haviam sido contemplados pela entrevistada no encontro anterior e que seriam de extrema relevância para realização da pesquisa.

Em relação à qualidade das informações, as mães entrevistadas forneceram enfoques diversos, visões de mundo específicas que caracterizam estilos próprios de percepção, além de preferências por episódios determinados de suas vidas.

Houve pouca divergência nos relatos que alinhavaram, a partir das histórias específicas, um verdadeiro mosaico dos padrões de comportamento sedimentados pelo ambiente social. Cada fala, sem que uma se sobressaísse mais do que outras, acrescentou uma peça, contribuindo para a compreensão do quadro como um todo. Como pesquisadora fui a responsável pela abordagem das mães, realizando as entrevista.

3.5 Análise das informações

Para analisar as informações coletadas, utilizei a análise de conteúdo temático, pois fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.

A análise temática de acordo com Minayo(1996)se encaminha para a detecção das categorias temáticas como definitórias do caráter do discurso. Trata-se um conceito historicamente construído, com implicações teórico-metodológicas e em oposição a outros conceitos.

Esta análise se desdobra em três etapas que são elas:

1) Pré-Análise: Consiste na escolha dos documentos a serem analisados; na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, elaborando-se, assim, indicadores que fundamentam a interpretação final. Decompõem-se em :

Leitura Flutuante: Consiste em tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnado pelo seu conteúdo, foi feita a transcrição das entrevistas, a leitura "flutuante" e exaustiva do material. Na transcrição da fala das mães entrevistadas, respeitei a forma delas em se expressar, como é usual nos trabalhos qualitativos mesmo quando cometem os considerados erros dentro da linguagem formal.

Constituição do Corpus: Organização do material de tal forma que possa responder a algumas normas de validade e formulação de hipóteses e objetivos em relação ao material qualitativo.

2) Exploração do Material: a exploração do material consiste essencialmente na operação de codificação, e desenvolvimento das categorias encontradas durante a leitura das entrevistas.

3) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: os resultados brutos são submetidos a operações de análise que permitem colocar em relevo as informações obtidas.

Do ponto de vista operacional, essa análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos e articula a superfície dos textos descritos e analisados com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem (MINAYO, 1996).

A partir do exposto, em um primeiro momento foram analisadas as seguintes categorias:

1. As orientações recebidas pelas mães sobre o aleitamento materno através dos funcionários do CSV.

2. As necessidades relatadas pelas mães na prática do aleitamento materno nos 6 (seis) primeiros meses de vida da criança.

4 CONHECENDO UM POUCO DA VIDA DAS MÃES ENTREVISTADA

Nesse momento pretendo traçar um breve perfil das mulheres entrevistadas, sujeitos desse estudo. Para tanto, explano sobre alguns itens que considero de importância para o esclarecimento das questões propostas nesse estudo, sendo eles: condições de moradia, sustento familiar, escolaridade das mulheres, o companheiro e relação com a vizinhança.

4.1 Condições de moradia

Sabe-se que a maior parte da clientela dos serviços de atenção básica à saúde são moradoras de locais com precárias condições de habitação, as vilas da cidade (DYTZ,1998).

Do total das sete entrevistadas todas possuem água e luz elétrica no domicílio (mesmo sendo ligações irregulares, como foi observado). Das mães entrevistadas, três tinham instalações sanitárias fora de casa, caracterizando-se fossa séptica, as demais possuem banheiro no interior da casa.

Todas as entrevistadas partilhavam o pátio de seus domicílios com mais duas ou três outras casas, que geralmente, eram parentes seus ou de seu companheiro. O número de peças das casas das entrevistadas variava de duas a quatro peças.

Na casa da maioria das mães entrevistadas predominava o padrão tipo alvenaria, sendo que apenas a casa de uma das entrevistadas apresentava o padrão de construção de madeira. As habitações de alvenaria tinham piso, na maioria das vezes, de cimento, diferenciando-se das casa de madeira, que tem assoalho.

Essas habitações são consideradas sub-habitações pelo Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE), que utiliza o conceito de domicílio de aglomerados subnormal (favelas e similares) como "um conjunto constituído de, no mínimo, 51 unidades habitacionais, ocupando, ou tendo ocupado, até o período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou privada), dispostas, em geral de forma desordenada e densa e carentes em sua maioria de serviços públicos essenciais" (PRA- SABER,1996).

Os dados apresentados pelo Ministério da Saúde sobre o percentual de taxa de pobreza, por unidade federada, nos anos de 1997, 1998, 1999, no Rio Grande do Sul foram de 18,65 %, 17,67 % e 18,69 %, respectivamente, enquanto que na região metropolitana de Porto Alegre, foi de 11,87%, 11,68% e 13,71%, respectivamente, o que demonstra, mesmo em nível macro, que a taxa de pobreza da população, parece não ter declinado. (DURO,2002).

4.2 Sustento familiar

As mães do estudo pertencem a uma classe social desfavorecida economicamente e ocupam determinadas ocupações tanto no mercado formal de trabalho quanto no mercado informal. Todas as entrevistadas trabalham na organização da casa e no cuidado dos filhos, algumas das entrevistadas trabalham fazendo faxinas, outras estão desempregadas e uma vende bijuterias e miudezas em uma banca no centro de Porto Alegre, mas com o nascimento do bebê quem está indo trabalhar em seu lugar é sua irmã.

A maioria das entrevistadas recebe ajuda de algum familiar e/ou companheiro na complementação de sua renda familiar.

De acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Porto Alegre (PRA-SABER,1996) de 373.692 chefes de domicílios, 32,4% tinham renda até dois salários mínimos, desse total 108.667 eram mulheres. Segundo Carvalho, (1997, p.9)

“O sustento do domicílio pela mulher raramente será considerado razão para identificá-la como chefe, nos caso em que o homem esteja presente”. Isso porque percebe-se que a divisão sexual do trabalho, existe e ainda é constatada, assim, mesmo nos lares onde a mulher é que sustenta economicamente a família, o homem ainda é considerado o chefe do domicílio. Acrescenta-se o fato de que ainda não há igualdade no mercado de trabalho, e o trabalho feminino tem um menor valor em

relação ao masculino.

Esses fatores atingem diferentemente as diversas classes sociais, principalmente quando se retoma a questão da população marginalizada e "informal", vivendo em condições de precariedade. Segundo Nogueira (1994), no Brasil, nas últimas décadas ocorreu um aumento da participação feminina no mercado de trabalho. No caso das mulheres entrevistadas a maioria não tinha vínculo com o mercado formal de trabalho, porém estavam inseridas de alguma forma no mercado informal buscando o sustento da sua família. Esse é o caso de Ônix, que faz faxinas (diarista) e refere o trabalho como fator de prejuízo para a amamentação de sua criança. Além disso, mesmo que a mulher não sustente a casa, a ela fica a responsabilidade do cuidado dos filhos maiores e a organização do espaço doméstico, dessa forma o aleitamento materno da criança menor de seis meses também fica prejudicado.

4.3 Escolaridade das mulheres

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1996), a amamentação exclusiva, parece estar correlacionada com as características sócio-econômicas da população. A mediana nesse estudo está pouco acima de 1 mês, mas é marcadamente maior na área urbana, em São Paulo e na região Sul, e aumenta, muito claramente, segundo o nível de educação. No caso da região sul, passa de 0,6 mês entre mulheres com pouca instrução para pouco mais do dobro

entre mulheres mais instruídas.

Correlação similar é registrada por este estudo (IBGE), também, ao observar a proporção de lactentes amamentados mais de 6 vezes ao dia. Mulheres com mais instrução amamentam mais freqüentemente seus filhos no decorrer de 24 horas. Esta tendência, encontrada na Colômbia, país com níveis de urbanização semelhantes aos do Brasil, seria também fruto da maior conscientização dos benefícios da amamentação em contraposição às atitudes negativas que qualificariam o aleitamento como prática primitiva, conservadora e/ou própria de mulheres sem recursos.

Em levantamento feito pela Coordenadoria de Informações em Saúde do SUS – RS (2001), no município de Porto Alegre, 36,9% das mães, em um total de 56,005 nascimentos, tinham de 4 (quatro) à 7 (sete) anos de estudo.

Nas mães entrevistadas, duas delas concluíram o ensino fundamental, sendo que as demais pararam seus estudos nas séries iniciais do ensino fundamental. A maioria relata que parou seus estudos ao engravidar ou para ingressar no mercado de trabalho, seja ele formal ou informal.

A baixa escolaridade, é considerada um fator de contribuição para as condições precárias de vida dessas mães, pois segundo Nogueira (1994), as mulheres com mais de oito anos de escolaridade conseguem entrar no mercado de trabalho,

sendo que as de baixa escolaridade continuarão despreparadas para esse ingresso, ficando às margens do mercado formal e sendo aproveitadas pelo trabalho informal.

Outros autores e autoras como Vaitsman (1997) e Dytz (1998), referem que a gravidez na adolescência é considerada como obstáculo ao estudo e ao trabalho. Dytz (1998), em seu estudo nos diz que, a idéia de que a mãe sem instrução está mais propensa a não perceber as necessidades da criança ainda é utilizada por especialistas enquanto um dos fatores causais das altas taxas de mortalidade infantil e conseqüentemente ao aumento do desmame precoce.

Em levantamento feito pela Coordenadoria de Informações em Saúde do SUS – RS (2001), no município de Porto Alegre, 36,9% das mães, em um total de 56,005 nascimentos, tinham de 4 (quatro) a 7 (sete) anos de estudo.

Em meu contato com as mães, constatei que a amamentação ocorreu em todos os graus de escolaridade das mulheres entrevistadas.

4.4 O companheiro

Muitas das mães entrevistadas relataram que tem um companheiro, mas que nem sempre é o pai de seus outros filhos, sendo esta gestação fruto dessa nova união.

Fonseca (citado por Duro,2002 , p.86) diz que “mesmo as mulheres que moram sozinhas com seus filhos têm um homem, tutor de seus favores sexuais e de seu

papel reprodutor". A autora ainda refere que "as falsas solteiras nos levam a crer que as mulheres não fogem da conjugalidade". Segundo Fonseca (2000), o estado conjugal se impõe enquanto norma, sendo o único aceitável e não necessariamente invejado. Entende que é na fase reprodutiva da mulher que ela torna-se cúmplice de um pacto conjugal, esperando conseguir através deste, segurança física e material e alguma afeição no papel de mulher casada. Apesar das mulheres terem companheiros, elas não os referem como ajudantes no cuidado com a casa e auxílio dos filhos, dessa forma amamentar fica sob inteira responsabilidade da mulher. Duro (2002) em seu estudo sobre concepções de maternidade em grupo de mães na Vila Cruzeiro do Sul-Poa / RS refere que ser pai nas famílias entrevistadas abrange uma ampla variedade de formas de paternidade e cuidado com as crianças. Daqueles totalmente desconhecidos e ausentes fisicamente da vida da mulher e de seus filhos até uniões conjugais em que o companheiro dá alguma contribuição no cuidado das crianças. Também constatei em meu estudo, várias formas dos homens exercerem a paternidade e auxiliarem na amamentação da criança, principalmente nos 6 (seis) primeiros meses de vida do bebê.

4.5 Relação com os vizinhos

A maioria das entrevistadas relata ter boa relação com a vizinhança, pois geralmente esta vizinhança é constituída por parentes dessas mulheres. Constatado pela fala das mães que a vizinhança é considerada solidária e que podem contar no cuidado diário das crianças, quando de sua ausência.

Guimarães (1998) em estudo refere que o cotidiano é marcado pela carência de recursos, e a luta pela sobrevivência é muitas vezes individual e isolada. Na realidade vivida pelas populações pobres, as possibilidades de solidariedade e conflito se mesclam na vida cotidiana, e a formação dessas redes social pode variar em função de fatores que incidem diferentemente sobre as condições concretas que operam no meio urbano, por sexo, idade ou raça.

Dytz (1998) enfatiza que todo ser humano necessita de uma rede social, seja ela qual for, como apoio para sustentar as suas necessidades emocionais. Essa rede de apoio social permite, parcialmente, o aporte no cuidado com os filhos. A autora ainda destaca que a proximidade física das moradias, a falta de privacidade, o desemprego, o aumento da violência, e outros fatores ligados às condições de vida acabam dificultando o convívio pacífico entre os moradores.

5 ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo, apresento as Categorias preestabelecidas pelas questões norteadoras, com os respectivos temas que surgiram das falas das mulheres sujeitos desse estudo.

5.1 ORIENTAÇÕES QUE AS MÃES RECEBEM NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

Esta categoria refere-se as orientações que a gestante vem recebendo sobre aleitamento materno, no Programa Pré-Natal do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVV).

Sabe-se que a Organização Mundial da Saúde (OMS,1996), diz que o número de consultas pré-natal, ideal para uma gestação tranqüila, seja de no mínimo 6 (seis).

Segundo informações da Coordenação de Informações em Saúde do SUS-RS, (2001), no município de Porto Alegre, em 2001, 57,1% das mulheres realizaram 7 consultas ou mais de pré-natal em um total de 56.005 nascimentos.

Orientações recebidas no Sistema de Saúde no pré-natal do CSVC

No Sistema básico de Saúde, todas as instituições que tenham o Programa do Pré-Natal, devem, desde os primeiros meses de gestação, incentivar e esclarecer as gestantes da importância da prática do aleitamento materno, conforme preconiza o Programa pré-natal.

A gestante deve também ser orientada sobre algumas dificuldades que podem ocorrer no aleitamento materno, como por exemplo: Ingurgitamento Mamário, Mastite, Febre, Cólicas Uterinas, Mal Dormir.

É importante que a gestante saiba que alguns profissionais não têm interesse no assunto ou não apóiam o aleitamento materno ou, ainda, mulheres que não conseguiram amamentar o que muitas vezes faz com que não haja ênfase nas orientações sobre o aleitamento materno.

Percebi nessa pesquisa que as orientações em prol do aleitamento durante o pré-natal não vem ocorrendo, como pude verificar na falas da algumas mães:

Jade neste sentido refere que: "Aqui no pré-natal não tive muita orientação, pois as moças que trabalham aqui não são de conversar muito sobre essas coisas de gravidez" (Jade).

Durante o pré-natal, segundo Hentschel (1998), é importante a preparação e a orientação para o aleitamento. A cada consulta pré-natal deve-se comentar aspectos relacionados com o aleitamento sempre que se examine os seios e mamilos. A

repetição é fundamental para o aprendizado. O autor cita ainda que às gestantes devem ser lembradas de que a duração da amamentação e a produção de leite independem do volume das mamas.

Almeida (1999), refere que toda gestante deverá chegar ao final de sua gestação bem informada sobre as vantagens do aleitamento materno e também sobre as possíveis dificuldades que possa encontrar em sua prática.

Outras mães também relatam essa falta de informação no pré-natal: “Aqui também não se recebe muita explicação, e eu acho que também que não precisa” (Rubi). “Aqui no postão não se recebe muita informação” (Água-Marinha).

Em meu estágio verifiquei que existe uma necessidade grande da presença da enfermeira, nesta unidade, no programa pré-natal, pois poderia realizar uma pré consulta e estar à disposição das gestantes para esclarecer dúvidas que elas venham a ter durante o pré-natal e puerpério.

Orientações no hospital no pós-parto imediato

No pós-parto imediato a mãe necessita de acolhimento, dos profissionais de saúde, que devem demonstra empatia, cordialidade e paciência e ajudar e orientar nas primeiras mamadas, pois neste período a mãe terá muitas dúvidas a esclarecer.

Segundo a fala das mães, estas orientações não são seguidas em todas as instituições responsáveis pelo parto dessas gestantes, sendo que algumas se empenham para dar muita orientação e outras não. Algumas mães falam que:

“recebi muita informação sobre dar de mama ao nenê” (Jade).

Segundo Vitiello (1996), no puerpério, as atenções são mais centradas no recém-nascido. E nesse momento em que uma nova fase do fenômeno reprodutivo se inicia, as mamas, até então órgãos ligados a sexualidade, passam a assumir papel cada vez mais importante na nutrição do bebê.

“Recebi bastante informação no hospital quando fui ganhar, sobre amamentar até um livrinho de dicas para dar o peito” (Ônix).

Conforme Rezende (2000), a mulher deve ser vista como pessoa e como tal deve ser cuidada, no sentido de preservá-la e fortalecê-la em sua capacidade de decidir quanto ao que deseja e aspira. Em se tratando de mulher amamentando, diz a autora, isto significa dar a ela todas as informações sobre o assunto amamentação e ajudá-la durante todo o processo, sem nunca julgá-la, respeitando as peculiaridades específicas de cada mulher.

Nota-se que a autora a cima citada fala em algo muito importante , para os profissionais que atendem as gestantes ou puérperas, em não julgar, respeitar e aceitar e orientar.

Segundo Giugliani (1995), Uma orientação efetiva das mães sobre aleitamento materno no período pós-parto aumenta os seus conhecimentos sobre esse assunto e que existe uma associação positiva entre conhecimento materno em

amamentação e a prevalência da mesma.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada em 1990 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Ao assinar, em 1990, a Declaração de Innocenti, em encontro em *Spedale degli Innocenti*, Itália, o Brasil, um dos 12 países escolhidos para dar partida à IHAC, formalizou o compromisso de fazer dos Dez Passos uma realidade nos hospitais do País. Em março de 1992, o Ministério da Saúde e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com apoio do UNICEF e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), deram os primeiros passos. A IHAC soma-se aos esforços do Programa de Saúde da Criança, coordenado pelo Ministério da Saúde, para:

- Informar profissionais de saúde e o público em geral;
- Trabalhar pela adoção de leis que protejam o trabalho da mulher que está amamentando;
- Apoiar rotinas de serviços que promovam o aleitamento materno;

Combater a livre propaganda de leites artificiais para bebês, bem como bicos, chupetas e mamadeiras.

5.2 Os profissionais que realizam a orientação sobre amamentação

Todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade de orientar e estimular a mãe para o favorecimento do aleitamento materno.

Equipe de enfermagem

Medeiros (2001, p.48) em seu estudo, constatou a influência e a necessidade que algumas mães tem da presença e orientação da enfermeira, o que podemos constatar a partir do que nos diz esta autora:

Orientei cuidados com a episiorrafia, prevenção de fissura mamilar, características normais do bebê (eliminações, eructação e regurgitação, respiração, bossas na cabeça, labilidade térmica), o uso do bico seco, aleitamento, vestuário, métodos contraceptivos.

Além disso a autora acrescenta alguns cuidados de enfermagem importantes:

- informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno;
- ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o parto;
- mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação;
- não dar ao recém nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico;
- encorajar o aleitamento sobre livre demanda;
- não dar bicos artificiais ou chupetas a lactentes amamentados ao seio. (REZENDE,1999)

Esses cuidados apareceram bem claros nas falas de algumas mães:

“A enfermeira [do hospital] ajudava a colocar o nenê na teta, falava que ele tinha de pegar toda a teta, pois se pegava só no bico ia fazer ferida. E quanto mais o bebê mamava mais ia descer o leite”(Jade).

“As enfermeiras [do hospital] sempre falavam de como amamentar direitinho o bebê, como fazer para não ter machucado nos seios, para não dar bico, nem mamadeira, não dar água e nem chá” (Água-Marinha).

“As moças do estágio [estagiárias do 8º e 9º semestre, do curso de enfermagem da UFRGS] é que ficamos com mais informação” (Jade).

Autoras como Almeida e do Vale (2002), ressaltam que a enfermeira tem importante papel na ajuda e aconselhamento às mães que desejam amamentar. Desde o pré-natal a enfermeira deve ajudar e aconselhar as mães, desfazendo mitos prevenindo e tratando as possíveis complicações que possam vir a aparecer, estando próxima antes, durante, após o parto e durante os primeiros dias de

puerpério, contribuindo para a formação da autoconfiança, para que ocorra sucesso na amamentação.

No contexto do processo de cuidar, a enfermeira encontra na amamentação situações que devem ser diagnosticadas e cujas intervenções estão no âmbito de resolução da enfermagem, isto é, são ações independentes. Nesta situação podemos levantar diagnósticos como: *amamentação eficaz e amamentação ineficaz* já incluídos na classificação diagnóstica da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). No entanto, na vivência clínica, poderíamos identificar outros diagnósticos tais como o *risco de amamentação ineficaz e potencial para melhorar o desempenho de amamentação*, que não fazem parte de nenhuma classificação diagnóstica, mas que podem ser investigados e avaliados. (ALMEIDA e DO VALE, 2002).

Outros profissionais da equipe de saúde (médicos)

Tanto o médico Pré-natalista como o Obstetra tem grande responsabilidade no sucesso da amamentação, pois as orientações começam no pré-natal e continuam durante e após o parto.

Ao referir sobre as informações recebidas em consultas do pré-natal as entrevistadas relatam que: “Não dão muita conversa para gente, e o médico é caladão” (Ônix). “Aqui nas consultas com o médico também não [dá orientação]” (Esmeralda).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), que a explicação e a informação são tarefas de apoio dos profissionais que atendem ao parto.

Gauderer (1998), afirma que o poder médico traz consigo um status especial e prestígio único. Afirma que o profissional de saúde tem como motivação inconsciente de seu exercício profissional, o poder de sarar, curar e ajudar. O abuso desse poder pode se expressar pela falta de discussão mais ampla com o paciente sobre o seu estado de saúde, por se sentir ameaçado ao ser por ele questionado e pela radicalização, ao decidir sozinho o que é melhor para o paciente.

O programa de saúde da mulher, o qual inclui o Pré-Natal, pontua a necessidade de consultas médicas, odontológicas, nutricionais, psicológicas e de serviço social com o objetivo de melhorar o entendimento da gravidez pela mulher como processo que gera mudanças no corpo e na vida, medos, dúvidas, angústias e fantasias. E que está implantado nos diversos serviços de saúde, mas apesar disso parece que os profissionais ainda tem tido dificuldades para efetivar as consultas que buscam contemplar o que preconiza as diretrizes do SUS.

Na visão de Campos (1997), o modelo assistência biomédico, teria que passar por uma reforma efetiva, pois a Reforma Sanitária no Brasil optou por um desvio estruturalista aparentemente mais viável e breve. Nas últimas duas décadas, empenhamo-nos muito mais na mudança do aparato legal e da estrutura político-administrativa, esquecendo-nos das pessoas concretas que operariam e usufruiriam dessa máquina que criávamos. Muita coisa foi mudada para poucos resultados

concretos. A crise dos serviços de saúde e da saúde pública prossegue sua trajetória destrutiva. Hospitais públicos, programas de saúde (incluindo o Programa pré-natal) respeitabilíssimos, se derretem frente aos olhos de um país adormecido em berço verde-amarelo.

Isto mostra que os profissionais têm de estar comprometidos com os Programas de Saúde, pois são os atores principais para o sucesso dos mesmos.

5.3 Orientações recebidas da família

Gonçalves (2001) em seu estudo demonstra a necessidade de apoio, incentivo e orientações para que a amamentação transcorra bem. A família desempenha papel fundamental à nutriz somente por estar a seu lado, presente, diante de suas angústias, frustrações e sucesso. Nem sempre a ajuda fornecida pela família é identificada pelos profissionais de saúde, como benéfica, mas a nutriz reconhece-a como tendo sido importante naquele momento em que precisava de alguém para apoiá-la. A maioria das nutrizes considera que os conselhos e orientações dadas pelo familiar são de grande valia e funcionaram como estímulo para que elas persistissem em amamentar o bebê.

Os relatos a seguir exemplificam bem a importância do papel do familiar no contexto da gestação e puerpério: a mulher no puerpério e amamentando, inevitavelmente requer ajuda de alguém, seja com parentesco consanguíneo ou não como: vizinhas, sogra, comadre. (DYTZ,1999).

“Só tive explicação da minha mãe” (sobre amamentação) (Ametista). “Minha madrinha diz para descansar enquanto dou de mama” (Água-Marinha). “Nunca tive explicação [dos profissionais de saúde], só da mãe, nem nas consultas com o médico” (Ametista).

Silva (1997), reforça a questão cultural, ao referir que a mulher sofre influência de seu meio, as quais acabam por interferir nas avaliações que ela faz durante o período do aleitamento, quando está vulnerável as opiniões e conselhos das pessoas próximas com as quais tem contato constituem elementos significativos na avaliação de sua capacidade de nutrir e atender as necessidades de seu filho.

Em seu estudo, Dytz (1998), relata que é na família que a mãe encontra as mais variadas formas de ajuda na fase da maternidade ou para dar conta das inúmeras atividades que estão relacionadas à criação dos filhos. Em alguns casos, a família do companheiro também é forte ajuda e contribuem, às vezes, com valiosas orientações.

Segundo Duro (2002), a questão cultural imperiosa em que o aprendizado de ser mãe é desenvolvido desde a infância, pois mulheres aprenderam e se constituíram em mulheres, através da prática de criar seus irmãos mais moços e de orientações de sua mãe. Daí os conhecimentos dos cuidados com a criança serem repassados de mãe para filha, de sogra para nora, numa relação que envolve muito mais a questão feminina do que relações familiares.

5.4 NECESSIDADES E DIFICULDADES NA MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

Essa categoria irá contemplar a necessidade e dificuldades sentidas pelas mães entrevistadas na amamentação de seu filho.

Suporte no cuidado dos filhos e da casa

As mães entrevistadas geralmente têm muitos afazeres domésticos, às vezes, outros filhos para dar atenção

A ajuda nos afazeres domésticos sempre é muito útil e bem-vinda, já que aleitar exige mais disponibilidade e dedicação materna. Esse tipo de ajuda é também importante, pois permite à mulher desempenhar realmente seu papel de mãe, cuidando do bebê e amamentando-o sem a interferência direta de outros nesse fazer que deve ser da nutriz. (GONÇALVES, 2001).

Essa afirmação fica clara na fala de Ônix: “Seria muito bom se eu tivesse alguém para me ajudar, quando começo a dar a teta os outras gritam, brigam e eu tenho que atender todos”. Jade também reforça essa afirmação: “Acho que ajuda que precisava era para fazer as coisas de casa, ele mama a toda hora.” (Jade)

Apoio do pai

Em relação ao apoio do pai no aleitamento materno autores e autoras referem que, de acordo com Ávila (1998), são poucas as mulheres que conseguem pedir ou aceitar a ajuda do pai nos cuidados ao filho. A autora também afirma que o ambiente não acolhedor e a falta de assistência aos sentimentos do homem colaboram para que este fique indiferente à mulher e ao filho. O pai tem participação fundamental no apoio e manutenção da amamentação, pois ao amamentar a mãe estará deixando de executar outras atividades dentro no seu lar para dedicar-se ao aleitamento e nesse sentido necessita da compreensão do companheiro.

Duro (2002), em seu estudo nos mostra que, para os sujeitos masculinos a paternidade é importante mas, apesar disso, os problemas nesta área não chegam a comprometer seu autoconceito, provavelmente porque não se percebem como responsáveis por eles em sua origem, atribuindo-os à mulher ou fatores que independem de sua vontade, a ideologia do instinto materno, ser mãe é o papel natural da mulher. Segundo essa autora o modelo tradicional de paternidade é o do Pai Provedor (cabe ao pai primordialmente o sustento da família). A paternidade e a maternidade revelam regras sociais, histórica e culturalmente diversa, que acompanham em cada sociedade uma concepção de papéis.

Esse apoio não foi constatado, nesta pesquisa como podemos perceber na fala de Esmeralda: “Eu precisava era do apoio do pai do bebê, ele fica com raiva quando a criança começa a chorar e eu tenho de largar de fazer o almoço ou a janta, para

dar mama" (Esmeralda).

Segundo Carvalho (2002), a participação do pai na amamentação é sinônimo de sucesso, para dando deve-se observar os seguintes passos para obtenção deste sucesso (Dez Passos para a participação efetiva e afetiva do Pai no apoio ao Aleitamento Materno):

1. Encoraje e incentive sua mulher a amamentar: por vezes ela pode estar insegura de sua capacidade para o aleitamento. Seu apoio será fundamental nestas horas.

2. Divida e compartilhe as mamas de sua mulher com o bebê: mesmo que seja difícil aceitar, lembre-se que a amamentação é um período passageiro. Dê prioridade a seu filho(a).

3. Sempre que possível, participe do momento da amamentação: sua presença, carícias e toques durante o ato de amamentar são fatores importantes para a manutenção do vínculo afetivo do trinômio mãe + filho + pai.

4. Seja paciente e compreensivo: no período de amamentação é pouco provável que a mulher possa manter a casa, as refeições e se arrumar de formas impecáveis. As necessidades do recém nascido são prioridades nesta fase.

5. Sinta-se útil durante o período da amamentação: coopere nas tarefas do bebê na medida do possível: trocar fraldas, ajudar no banho, vestir, embalar, etc. Quando a mulher estiver dando de mamar, leve um copo de suco de frutas e/ou

água, ela vai adorar !

6. Mantenha-se sereno: embora o aleitamento traga muitas alegrias, também traz muitas dificuldades e cansaço. Às vezes a mulher pode ficar impaciente. Mostre carinho e compreensão neste momento. Evite brigas desnecessárias para não prejudicar psicologicamente a descida do leite.

7. Procure ocupar-se mais dos outros filhos (se os tiverem): para que não se sintam rejeitados com a chegada do novo irmão, de atenção aos outros filhos (se os tiver), isto permitirá a sua mulher dedicar-se mais ao recém - nascido.

8. Mantenha o hábito de acariciar os seios da mulher: se você costumava fazê-lo. Estudos demonstram que quanto mais uma mulher é sensível às carícias do companheiro, mais reagirá à estimulação rítmica de seu bebê.

9. Fique atento às variações do apetite sexual de sua mulher: algumas reagem para mais, outras para menos, são alterações normais. Esta é uma ocasião para o casal vivenciar novas experiências e hábitos sexuais, adaptando-se ao momento.

10. Não traga para casa latas de leite, mamadeiras e chupetas: o sucesso deste período depende, em grande parte, de sua atitude. O aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e seu carinho e apoio é tudo que seu bebê necessita para crescer inteligente e saudável.

Apoio das mulheres da família

A mãe, a sogra, as irmãs e cunhadas são citadas pelas entrevistadas como aquelas pessoas que ajudam no cuidado da criança e auxiliam na amamentação das mesmas

Caetano e Primo (1999) perceberam em seu estudo, que as mães das nutrizes, pelas experiências vividas no seu cotidiano, estão cientes de que o processo de amamentar é cheio de altos e baixos, mas, junto com suas filhas, estão dispostas a enfrentar obstáculos.

Assim, conforme as autoras, as mães apóiam-se no seu poder e incentivam as filhas com atitudes firmes e falas determinadas, colocando suas vivências em prática e conseguindo, com essas ações, que suas filhas mantenham o aleitamento materno por mais tempo.

Esta categoria fica bem exemplificada na fala de Hematita: “Minha mãe sempre será todo o apoio que eu preciso” (Hematita). “Às vezes a gente tem bastante dúvida e não sabe com quem falar, aí minha mãe me ajuda” (Esmeralda). “Minha mãe está me ajudando muito ela sempre fala que para o bebê ter saúde eu tenho de dar o peito” (Hematita).

Gonçalves (2001), constatou que as mulheres da família reconhecem o valor do leite materno para criança e, estimulam suas filhas a amamentarem o máximo de

tempo possível, pois assim vê de que suas filhas amamentem mais do que elas próprias amamentaram.

O aleitamento materno também é um ato de imitação, pois muitas mulheres viram suas mães, tias, avós amamentando e repetiram esse gesto da amamentação, espera-se que suas filhas, netas e sobrinhas repitam esse gesto e que suas sucessoras também sigam esse exemplo de amamentar seus filhos.

5.5 Vontade de amamentar e o benefício da amamentação

Segundo a Academia Americana de Pediatria (1999), tem cada vez mais comprovado as vantagens não só do leite humano, mas do aleitamento materno para lactentes, mulheres, sociedade, meio-ambiente. Estes benefícios são de ordem nutricional, imunológica, psicológica, ortodôntica, social, cultural, econômica.

Em relação aos benefícios do Aleitamento Materno e a vontade das mães em manter esse aleitamento foi observado, que as entrevistadas entendem a amamentação como importante para seu filho, conforme os relatos à seguir: “Gosto muito de dar de mama para meus filhos o pequeno mamou até quatro anos e este também vai mamar até quando quiser” (Rubi). “Quero dar de mama para ele até muito tempo, sei o bem que o leite do peito faz” (Jade). “Gosto de amamentar e vou dar de mamar até esse pequeno querer” (Ametista). “Não preciso de nada para dar de mama só vontade de dar a teta, quero amamentar este por bastante tempo” (Água-Marinha).

Segundo Academia Americana de Pediatria, (1997) o leite materno é o melhor alimento para o lactente em seu primeiro ano de vida, especialmente nos primeiros 6 (seis) meses. A amamentação protege o bebê de diabetes, doenças celíacas, infecções respiratórias, alergias, diarreia, infecção urinária, cáries, má oclusão dentária e uma série de outras enfermidades. Quando essas enfermidades aparecem apresentam-se em menor grau nos lactentes que foram amamentados.

Atualmente foram descobertos mais de 300 componentes do leite materno, todos os nutrientes necessários, além de anticorpos, enzimas e células brancas de defesa. Todo bebê está capacitado a mamar e toda mãe é capaz de amamentar, desde que receba orientações.

Há também benefícios para a nutriz, diminuindo a hemorragia pós-parto e promovendo mais rápida involução uterina e recuperação de peso. A amenorréia lactacional evita a anemia e o aparecimento precoce da ovulação, o que condiciona maior espaçamento gestacional. Melhoria da remineralização óssea pós-parto, com redução de fraturas do colo de fêmur no período pós-menopausa e menor risco de câncer de ovário e de mama

Pereira, Colares, Carmo e Soares, em seu estudo (2000), referem que o desejo de amamentar vinha sempre acompanhado de explicações e justificativas que apontavam para o bebê: "É importante para o bebê", "É melhor para o bebê", indicando claramente que o foco da amamentação está centrado na criança, sua saúde e suas necessidades.

Segundo Almeida (1999), as vantagens imunológicas que constam em inúmeros estudos sobre o assunto se resumiriam em uma única frase: “cada mamada é uma vacina”.

5.6 O mercado de trabalho e a prática do aleitamento materno

Carvalho (1997) refere que as responsabilidades domésticas e de cuidado com os filhos podem forçar as mulheres a procurar trabalhos com mais flexibilidade, no setor informal ou na produção doméstica, em que a remuneração tende a ser baixa e intermitente. Essa flexibilidade procurada por essas mulheres é entendida como preocupação das mesmas em relação ao desmame precoce.

Duro (2002), em seu estudo relata que as trabalhadoras domésticas e os poucos trabalhadores domésticos que estão na prestação de serviço, principalmente no setor privado (85%), estão sub-classificados, de um lado, por aquelas que vivem no local de trabalho e recebem salário mensal, mensalistas residentes, e, de, outro por aqueles que vivem no local de trabalho e mensal, mas que não residem no local de trabalho, embora lá compareçam diariamente. Há ainda as diaristas, que não residem no local de trabalho e recebem por dia, semana ou mês, sendo o grupo com menor número de carteiras de trabalho assinadas.

Uma das causas do desmame precoce, encontradas nesta entrevista, é a necessidade da mãe em ter que buscar o ingresso no mercado de trabalho como podemos verificar na fala de Ônix: “O que eu precisava para poder dar de mama era

não precisar trabalhar fora, pois faço faxina e preciso sair, e minha mãe dá mamadeira com aveia para ela” (Ônix)

O trabalho doméstico é um ramo empregatício exercido historicamente por mulheres, Bruschini e Lombardi, (2000, p.70), nos diz que: “desde o século passado, o serviço doméstico vem absorvendo cerca de um quinto das trabalhadoras”. Esses empregos em casas de famílias, geralmente, são sem carteira assinada, o que faz com que a mulher volte a trabalhar logo após o nascimento da criança, pois não tem nenhum respaldo na lei para usufruir a sua licença maternidade, assim favorecendo ao desmame precoce de seu filho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à qualidade das informações, as mães entrevistadas forneceram enfoques diversos, visões de mundo específicas que caracterizam estilos próprios de percepção, além de preferências por episódios determinados de suas vidas.

Houve pouca divergência nos relatos que alinhavaram, a partir das histórias específicas, um verdadeiro mosaíco uniforme constituído dos padrões de comportamento sedimentados pelo ambiente social. Cada fala, sem que uma se sobressaísse mais do que outras, acrescentou uma peça, contribuindo para a compreensão do quadro como um todo.

Quanto ao modo de vida, as mães, sujeitos desse estudo, pertencem a classes sociais desfavorecidas, morando em casebres que são denominados pelo IBGE como subabitações, sendo que algumas delas não possuíam instalações sanitárias no domicílio, mas contam com fossas sépticas.

Mantém uma boa relação com a vizinhança, já que coabitam com parentes ou amigos no mesmo terreno, e utilizam o pátio para as necessidades de sua família e da família de seus vizinhos e parentes. Isso faz com que se constitua uma rede de apoio entre eles para os cuidados mais elementares da casa (segurança) e das crianças, isto é, na ausência da mãe das crianças de uma casa, essas são cuidadas pela mulher responsável da casa vizinha.

A maioria das entrevistadas possui companheiro, que necessariamente não é o pai de todos os seus filhos, e que geralmente é o provedor do sustento da casa. Assim, o homem se encontra inserido no mercado de trabalho e pode-se inferir que devido a essa ausência paterna, muitas mulheres referiram sentir falta do apoio do companheiro como um elemento de suporte importante na amamentação.

Nesse estudo apenas uma das mulheres estava trabalhando no mercado informal como faxineira, as demais estavam desempregadas e aproveitavam o tempo para o cuidado e amamentação da criança recém-nascida. Assim, o mercado de trabalho foi apontado como fator dificultador na manutenção da amamentação por essa entrevistada.

A maioria das mulheres não terminaram o ensino fundamental, devido, na maioria das vezes, de uma gravidez precoce e o cuidado dos filhos e o ingresso no mercado de trabalho. Apesar de estudos científicos, já citados na revisão de literatura, apontarem a baixa escolaridade como fator de risco para o aumento do desmame precoce, em meu estudo não evidenciei tal situação. Todas as

entrevistadas haviam amamentado os filhos de gestações anteriores por mais de seis meses.

Em relação às orientações recebidas pelas mulheres no programa pré natal do ambulatório básico do CSVV, todas as entrevistadas referiram que o programa baseava-se, essencialmente, em consultas médicas , de cunho assistencial, não havendo ênfase nas orientações para a gestante. Dessa forma as orientações em prol do aleitamento materno, foram fornecidas às mulheres, sujeitos desse estudo, pela equipe de enfermagem no pós parto imediato no hospital.

Nesse estudo, na unidade básica, durante a realização do pré natal e no hospital, no puerpério imediato , foram citados o pessoal da equipe de enfermagem como aqueles profissionais mais envolvidos com as orientações em saúde, especificamente as orientações em auxílio à amamentação.

Cabe aqui ressaltar que o programa pré-natal está inserido no programa de atenção à saúde da mulher (PAISM) e que , de acordo com as diretrizes do SUS, deve ir ao encontro da promoção da saúde e prevenção de doenças, assim as orientações que constituem a educação em saúde são necessárias para o atendimento à gestante.

Quanto aos médicos inseridos no programa Pré natal do CSVV, as entrevistadas os caracterizaram como “calados” ou “de pouco assunto”. Essa característica traduz, em parte, a formação desses profissionais , a qual está baseada no modelo biomédico, com ênfase na questão curativo-assistencial, haja visto que foram

contratados na época do ex-INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social).

Como foi salientado na discussão das informações coletadas as Instituições de saúde públicas e privadas, pautadas no modelo tradicional biomédico , teriam que necessariamente , passar por uma reforma tanto da estrutura político-administrativa quanto das pessoas concretas que operam e usufruem desses serviços.

Abordando a questão cultural, a mulher vive em um contexto , onde variáveis sociais, morais, culturais influenciam na amamentação. Assim, a família como elemento central na sociedade desempenha um papel fundamental para a nutriz. As mulheres entrevistadas nesse estudo identificaram o apoio da família como decisivo no momento do aleitamento, o que nem sempre é da mesma forma interpretado pelos profissionais de saúde.

As orientações que reforçam a amamentação, ficam sob a responsabilidade das mulheres da família, principalmente da mãe da nutriz. Pode-se inferir que um dos motivos seja a vivência com o aleitamento por parte das mulheres da família, pois o aleitamento materno também é um ato de imitação e repetição: muitas mulheres viram suas mães, tias, avos, amamentando e repetiram esse gesto. Também deve ser levado em conta que o aprendizado de ser mãe é desenvolvido desde a infância, mulheres aprenderam e se constituíram em mulheres, através da prática de criar seus irmãos mais moços e de orientações de sua mãe.

Entre as necessidades que as mulheres entrevistadas apontaram para a manutenção do aleitamento materno, está o suporte no cuidado dos filhos e da casa. Geralmente elas referem que esse tipo de ajuda é importante pois permite cuidar a criança e amamentá-la. Esse apoio, segundo essas mulheres, é oferecido pelas mulheres da família, particularmente pelas mães das entrevistadas.

Finalmente, as nutrizes enfatizaram a vontade de amamentar e o entendimento dos benefícios do aleitamento materno como fator crucial para a amamentação nos primeiros seis meses de vida da criança. Para elas “não precisa de mais nada , só da vontade de dar a teta”, apresenta-se aqui o fator motivacional como uma das variáveis mais importantes na manutenção do aleitamento materno. São as campanhas na mídia, os cartazes com fotos de mulheres amamentando e as feiras promovidas pelas Secretarias de Saúde que influenciam, e de certa forma, determinam o sucesso da amamentação.

Assim, entendo que apesar de todas as falhas apresentadas pelo programa pré natal , no que diz respeito as poucas orientações recebidas, à baixa escolaridade das mulheres, ao número de filhos e as dificuldades no sustento de sua família, as quais são taxadas como adversidades para o sucesso da amamentação, essas mulheres conseguem amamentar e manter o aleitamento por mais de seis meses.

Entendo que o fator econômico, de diminuir os custos com alimentação da criança

seja também uma forte motivação para que a mulher continue amamentando, mesmo que não seja essa a justificativa que ela refere para manter o aleitamento. Dessa forma, os benefícios são apontados por elas como os motivos principais da amamentação, pois como já foi dito por Almeida(1999) “cada mamada é uma vacina”.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA Americana de Pediatria. **Estudos sobre a amamentação**, 1999.
- ALMEIDA, Ana Maria; DO VALE, Cristina. **Amamentação: uma realidade na sociedade brasileira**. Rio de Janeiro: 2002.
- ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT): **NBR 14724**, Agosto 2002.
- ÁVILA, Ângela Amâncio D. **Socorro Doutor! Atrás da barriga tem gente!** São Paulo: Atheneu, 1998.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASÍLIA, Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**, 2000.
- BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha; LOMBARDI, Maria Rosa. **A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo**. Cadernos de pesquisa. São Paulo: nº 10, Julho 2000.
- CAETANO, Laísse C.; PRIMO, Cândida. **A decisão de amamentar da nutriz. Percepção de sua mãe**. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro: v.75, nº 6, p.449-455, nov-dez, 1999.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- CARVALHO, Luiza M. S. Santos. **A mulher trabalhadora na dinâmica da manutenção e da chefia domiciliar**. Estudos Feministas. Florianópolis: v. 6, nº 1, p. 7-33, 1997.

CARVALHO, M. R. **Práticas populares de desmame e atuação no serviço de saúde: Impacto sobre o crescimento infantil.**1988

_____. **Práticas populares de desmame e atuação dos serviços de saúde: impacto sobre o crescimento infantil.** UFRJ. Rio de Janeiro: Centro de Ciências da Saúde,1998.

CESAR, et. al. **O aleitamento materno.** in: Brasil,1999.

COORDENADORIA de Informações em Saúde. SUS-RS. **Estatísticas de nascimento.** V 5. Porto Alegre: 2001.

DIAS, Maria Beatriz Oliveira. **Os Sentimentos expressos pela mulher durante a amamentação.**UFSC,1996 Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis,1996.

DITZ, Jane Lynn Garrison. **O modo de vida da mãe e a saúde infantil: estudo realizado no Distrito Federal.**1998. Tese de doutorado em enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: 1998.

DUNCAN, Bruce B; SCHMIDT, Maria Inss; GIUGLIAN, Elsa R. J. **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária.** 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas,1996.

DURO, Carmen Mottin. **Maternidade e cuidado infantil: concepções de um grupo de mães da vila Cruzeiro do Sul, Porto Alegre.** Dissertação de mestrado em enfermagem/UFRGS. 2002.

FONSECA, Claudia Lee Williams. **Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares.** Porto Alegre: Universidade /UFRGS, 2000.

FUNDAÇÃO das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). **Medidas vitais.** Brasília: 2000.

GIUGLIANI, Elsa R. J. **O aleitamento materno na prática clínica.** Jornal de Pediatria. Vol. 3, supl. 4-5, Rio de Janeiro: 2000.

GONÇALVES, Anelise de Carvalho. **Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS. Porto Alegre: 2001.

GUIMARÃES, Iracema B. **Sociabilidade e sobrevivência em populações pobres.** In: PASSOS, Elizete Silva; ALVES, Ívia Iracema Duarte; MACÊDO, Márcia. **Metamorfoses: Gênero na perspectiva interdisciplinar.** Salvador: UFBA, 1998.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. **População residente em valores absolutos e relativos, total em situação urbana na sede municipal, área total e**

densidade demográfica, segundo federação e municípios. Rio de Janeiro: 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 08 fev 2003.

KING, Savage. **Como ajudar as mães a amamentar.** Ministério da Saúde. Brasília:1998.

MARTIN, Claire, KREBS, Nancy F. **Guia prático da amamentação.** Rio de Janeiro, Campus,2001.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. **As vivências da família no retorno ao lar com o primeiro filho.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS. Porto Alegre: 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 4 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC, 1996.

_____. **Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 5 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC, 1997.

NOGUEIRA, Maria Inês. **Assistência pré-natal: Prática de saúde e violência institucional: Reflexão teórica.** São Paulo: HUCITEC, 1994.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). Genebra.1991, 1996,1998.

PERNAMBUCO. Comitê Nacional de Atividades em Educação,1999.

PORTO ALEGRE. Secretaria Estadual do Meio Ambiente. Departamento de ações em saúde. 1997.

PRÁ-SABER. **Informações e interesse à saúde.** Porto Alegre: CEDIS, v.1, nº 2, Junho, 1996

REZENDE, Magda. **Amamentação: uma necessária mudança de enfoque.** Ver. Esc. Enf. USP. São Paulo: v. 34, nº 2, p.226-229, 2000.

RIO DE JANEIRO. **Manual de incentivo a amamentação.** Departamento de Ações em Saúde da Secretária de Saúde e do Meio Ambiente, 1999.

SANTOS IS. **O aleitamento materno na prática clínica.** Jornal de Pediatria, vol 3, supl. 4-5. Rio de Janeiro: 2000,

SILVA, Izília Aparecida. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefício.** São Paulo: Robe Editorial, 1997.

STAKE, Robert E. **Investigación com estudio de casos.** Madrid: Morata, 1998.

VAITSMAN, Jeni. **Pluralidade de mundos entre mulheres urbanas de baixa renda.** Estudos feministas. Rio de Janeiro: v.5, nº 2, p.303-319, 1997.

VAUGHAN, J. Patrick, MORROW, R. H. **Epidemiologia para municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários.** São Paulo: HUCITEC, 1997.

VITIELLO, A.G, **Tratado de assistência ao pré-natal**, São Paulo, 1996.

WANGEN, Maria Cecília. **Manual de Aleitamento**. Porto Alegre: 2000.

APÉNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Idade
2. Número de filhos
3. Endereço
4. Escolaridade
5. Ocupação
6. Número de consultas realizadas durante o pré-natal
7. Orientação recebida para a amamentação
8. Dificuldades encontradas para amamentar, após a alta hospitalar
9. Suporte que julgue necessário para o sucesso da amamentação

APÊNDICE B**OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO E APROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE.**

Porto Alegre, 03 de Dezembro de 2002.

Ilmo Sr^a

Dr^a Maria Regina;

Coordenador da Assessoria de Planejamento de Políticas de Saúde
Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre

Senhora Coordenadora:

Encaminho para apreciação junto ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde, projeto de pesquisa sobre as dificuldades e mitos da amamentação com um grupo de mães da Vila Cruzeiro do Sul – Porto Alegre. O referido projeto é requisito para a conclusão do curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na disciplina Estágio Curricular.

As participantes receberão termo de consentimento de acordo com o anexo da pesquisa, onde constará instruções e seu aceite em relação à participação da mesma.

CLAUDIA BEATRIZ DIFINI BENDER
Acadêmica de Enfermagem

CARMEN LÚCIA MOTTIN DURO
Prof^a. Orientadora

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TRABALHO DE PESQUISA PARA CONCLUSÃO DE CURSO
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Pesquisadora: Cláudia Beatriz Difini Bender

Telefone para contato: 3387-49-40

Professora Orientadora: Carmen Lúcia Mottin Duro

Telefone para contato: 322-182-90

A presente pesquisa tem por objetivo levantar dificuldades e facilidades durante a amamentação da criança. Para isso, iremos realizar entrevistas com as mães que optarem por participar deste estudo, garantindo que as informações recebidas serão estritamente utilizadas para este estudo, assim como o anonimato dos entrevistados.

A pesquisa, tem como finalidade cumprir as exigências do estágio curricular do curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os participantes terão todos os esclarecimentos necessários para as dúvidas que poderão surgir durante o desenvolvimento do estudo, assim como terão

conhecimento dos resultados obtidos.

Em caso de aceitar o convite, por favor assine a declaração abaixo:

Declaro ter sido informado (a) das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e que concordo em participar da mesma. Tenho o conhecimento de que poderei recusar-me a responder qualquer pergunta e que poderei negar-me a continuar participando do estudo em qualquer momento do desenvolvimento deste, ciente de que o fato de recusar-me não irá implicar em possíveis mudanças no atendimento que me é fornecido no Centro de Saúde Vila dos Comerciários. Também estou ciente que a entrevista será gravada, sendo que a mesma será utilizada exclusivamente para fins deste estudo.

Claudia Beatriz Difini Bender- pesquisadora.

Assinatura do participante

APÊNDICE D**OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO E APROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA
PELO AMBULATÓRIO BÁSICO DO CENTRO DE SAÚDE VILA DOS
COMERCIÁRIOS.**

Ilma Sr^a

Enf. Gerente do Ambulatório Básico

Centro de Saúde Vila dos Comerciários

Úrsula E. Koch Butteli

Senhora Gerente

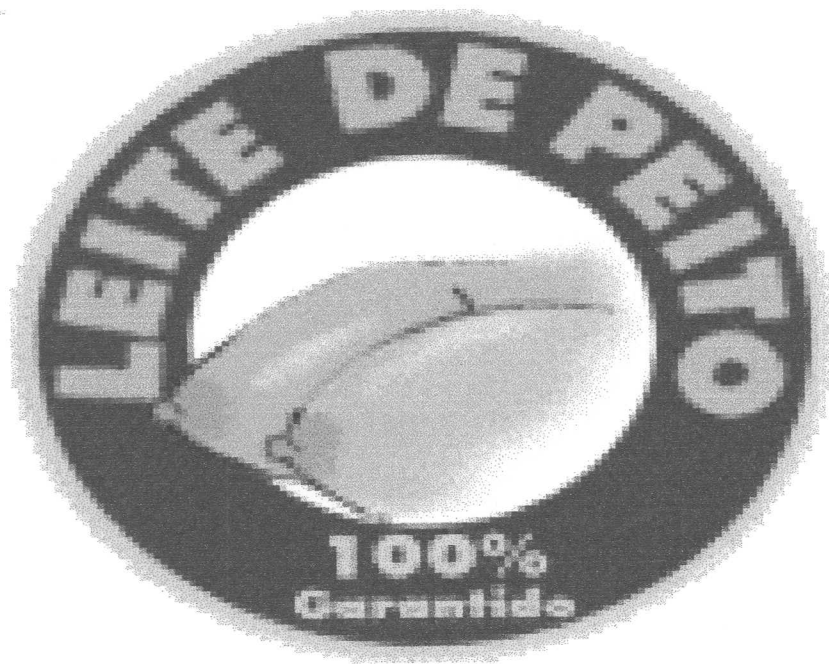
Encaminho para apreciação junto à coordenação e gerência do Ambulatório Básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciários, projeto de pesquisa sobre as dificuldades e mitos na amamentação de um grupo de mães da Vila Cruzeiro do Sul. O referido projeto é requisito para a conclusão do curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na disciplina Estágio Curricular.

As participantes receberão termo de consentimento de acordo com o anexo da pesquisa, onde constarão instruções para seu aceite em relação à participação da mesma.

CLAUDIA BEATRIZ DIFINI BENDER
Acadêmica de Enfermagem

CARMEN LÚCIA MOTTIN DURO
Prof^a. Orientador

ANEXO



Bula

“L d P” (Leite do Peito)- fórmula exclusiva

USO PEDIÁTRICO CONTEÚDO

Água, proteínas (com anticorpos), carboidratos, lipídeos (com ácidos graxos polinsaturados de cadeia longa), vitaminas, sais minerais, oligoelementos e mais de 300 outros nutrientes.

Obs.: a composição varia em cada mamada e de acordo com a idade do lactente.

EXCIPIENTES

amor, carinho,prazer.....q.s.p.

ADVERTÊNCIA

Não aceite imitações, esta fórmula é única.

Leite Materno é melhor que Leite Humano, ou seja, cada mãe produz um leite específico para seu bebê.

AÇÃO TERAPÊUTICA

Alimento perfeito com uma ação psico-afetiva de imediata e longa duração.

Próprio para o consumo de crias de mamíferos nos seus primeiros anos de vida.

POSOLOGIA

Deve ser dado aos bebês desde a primeira hora de vida até os 24 meses ou mais (segundo orientação da OMS/UNICEF) em livre demanda, i.é, sem horários.

É recomendado o seu uso exclusivo (sem água ou qualquer outro complemento) nos primeiros 6 meses de vida.

APRESENTAÇÃO

Embalagem anatômica, ortodôntica, linda, gostosa, ecológica, econômica, adaptada ao consumidor.

O fato do bebê sugar o “L d P” direto do seio, possibilita vantagens fonoaudiológicas, ortodônticas para todo o sistema estomatognático (facial-oral) do lactente.

VANTAGENS PRÁTICAS

Não requer esterilização. Alimento sadio, barato, puro, fresco, totalmente higiênico, sem conservantes, agrotóxicos, álcool, drogas... e de fácil digestão.

DOSES

Quantidade ajustada segundo ao gosto (ou sob demanda) do consumidor mais vulnerável (o bebê).

ADMINISTRAÇÃO POR IDADE

menores de 6 meses - uso exclusivo

maiores de 6 - até 24-36 meses - "L d P" (algumas vezes ao dia) + refeições-de-sal (alimentos da família = comida-de-panela) duas vezes ao dia + papa de frutas + sucos de frutas + água de côco + água no copinho ou xícara.

EFEITOS COLATERAIS E/OU SECUNDÁRIOS

"L d P" é muito bem tolerado. Não há relato de efeitos adversos. Única exceção: recém nascido portador de Galactosemia (um erro inato do metabolismo raríssimo), quimioterapia oncológica ou nutriz HIV+.

CUIDADOS

Recomenda-se que a nutriz (produtora de "L d P") não consuma bebidas alcoólicas, tabaco, drogas ou medicamentos sem prescrição médica.

PRECAUÇÕES

Deve manter-se sempre ao alcance dos lactentes.

COMO CONSEGUIR MAIOR QUANTIDADE de "L d P" ?

O melhor estímulo para a produção desta peculiar e única substância é a sucção do bebê ao seio. Em situações muito especiais, alguns medicamentos homeopáticos ou alopáticos podem ser utilizados, durante alguns dias, para incrementar a produção de leite. Converse com o seu médico.

DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS

Todas as mulheres, inclusive aquelas que adotam (não ficaram grávidas) podem ofertar o poderoso "L d P". Bancos de Leite (uma rede de 154 estabelecimentos em todo o Brasil) podem fornecer o único substituto que recomendamos, o Leite Humano pasteurizado e seguro. Por lei Federal este produto não pode ser comercializado.

NOTA IMPORTANTE !

Os consumidores de "L d P" são cada vez mais saudáveis a medida que vão consumindo este especial produto, e correm menos riscos de apresentar doenças crônico - degenerativas, infecto-contagiosas, de serem alérgicos, obesos, de serem respiradores bucais, de apresentarem cáries, etc. **Mais informações:**

<http://www.aleitamento.med.br>

<http://www.sosdoutor.com.br/sosamentacao/>

Traduzido, adaptado e complementado pelo Prof. Marcus Renato de Carvalho de panfleto do Grupo AMADEUS de Bahia Blanca - Argentina

*** IMPORTANTE:** não pode ser administrado por mamadeiras ou chuquinhas !

Norma Brasileira

**O Ministério de Saúde adverte:
Este produto também faz bem a mulher que o produz!**