



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

ALESSANDRA DE OLIVEIRA BORBA SILVA

**ASPECTOS CULTURAIS NA AMAMENTAÇÃO PROLONGADA:
CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA A
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Rio de Janeiro

Março - 2015

ALESSANDRA DE OLIVEIRA BORBA SILVA

**ASPECTOS CULTURAIS NA AMAMENTAÇÃO PROLONGADA:
CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA A
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança.

Orientadora: Profa. Dra Inês. Maria Meneses dos Santos

Rio de Janeiro

Março - 2015

S586 Silva, Alessandra de Oliveira Borba.
Aspectos culturais na amamentação prolongada: contribuição da enfermagem para a estratégia saúde da família / Alessandra de Oliveira Borba Silva, 2015.
xv, 81 f. ; 30 cm

Orientadora: Inês Maria Meneses dos Santos.
Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

1. Saúde da Mulher. 2. Aleitamento Materno. 3. Saúde da Criança.
4. Estratégia de Saúde da Família. I. Santos, Inês Maria Meneses dos.
II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 613.04244

**ASPECTOS CULTURAIS NA AMAMENTAÇÃO PROLONGADA:
CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

ALESSANDRA DE OLIVEIRA BORBA SILVA

Dissertação submetida à Banca examinadora da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

APROVADA EM 05 DE MARÇO DE 2015.

Prof^a Dr^a Inês Maria Meneses dos Santos
Presidente – UNIRIO

Prof^a Dr^a Leila Rangel da Silva
1^a Examinadora – UNIRIO

Prof^a Dr^a Cristiane Rodrigues da Rocha
2^a Examinadora – UNIRIO

Prof^a Dr^a Florence Romijn Tocantins
Suplente – UNIRIO

Prof^a Dr^a Laura Johanson da Silva
Suplente – UNIRIO

Rio de Janeiro

Março - 2015

Orientadora
Professora Doutora

INÊS MARIA MENESES DOS SANTOS

Meu agradecimento sincero e especial à minha orientadora, pela sua disponibilidade, mesmo em período de férias, e incentivo que foram fundamentais para a realização deste estudo.

Enfatizo o apoio incondicional prestado, a forma interessada, admirável e pertinente como conduziu a realização deste trabalho. As suas críticas construtivas, as discussões e reflexões foram essenciais ao decorrer de todo o percurso. Nunca esquecerei a sua valiosa contribuição para o meu crescimento como investigadora. Que Deus continue abençoando a cada dia mais você e sua família. Eternamente grata por toda ajuda e apoio.

Dedicatória

Dedico primeiramente esta dissertação a **Deus**, pelo ânimo, força e pelo amor incondicional que tens por mim. Creio que Ele me sustentou até aqui. Agradeço ao nosso Senhor Jesus Cristo por todos os desafios e conquistas em minha vida.

À minha filha **Alice Borba**, que é a razão do meu viver e o presente mais valioso que Deus me concedeu para cuidar e protegê-la de todo o mal.

Aos meus pais **José Cavalcante** e **Marilde Borba** pelo amor incondicional, por todo carinho, dedicação, paciência, ajuda e incentivo. Sou grata a Deus por ter nascido nesta família. Sem a ajuda de vocês eu não teria chegado até aqui. Esta conquista também pertence a vocês.

Aos meus irmãos **Aline Borba** e **Leandro Borba**, pelo amor ilimitado, paciência e incentivo durante toda a caminhada percorrida.

“Deem graças em todas as circunstâncias, pois esta é a vontade de Deus para vocês em Cristo Jesus”(1Tessalonicenses 5:18).

Agradecimentos especiais:

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Inês Maria Meneses dos Santos, pelo incentivo, ensinamentos, amizade e principalmente pela paciência.

Às minhas amigas Ingrid Ventura e Ana Clementina, por todas as palavras de incentivo, força, amizade, carinho e ajuda que me forneceram durante esse longo trajeto percorrido. Sou muito grata a vocês por todo amor e dedicação da nossa eterna amizade.

Agradecimentos:

Aos profissionais que aceitaram a participar desta pesquisa;

Às mães entrevistadas que me receberam em seus lares com todo amor e carinho;

Às professoras Doutoras, Cristiane Rodrigues da Rocha, Leila Rangel da Silva, Laura Johanson da Silva e Florence Romijn Tocantins, por ter aceitado o convite para participar das bancas de exame de qualificação e defesa final desta dissertação. Agradeço as críticas construtivas, pelos ensinamentos e paciência ao longo da minha caminhada neste estudo;

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, forneceram-me incentivo, apoio e carinho.

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.”

Charles Chaplin

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	xii
RESUMO	xiii
ABSTRACT	xiv
RESUMEN	xv
CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS	1
CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL	6
2.1 TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADELEINE LEININGER	6
2.1.1 O Modelo Sunrise	9
2.2 RESGATE HISTÓRICO DO ALEITAMENTO MATERNO	12
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS PARA ALEITAMENTO MATERNO	13
CAPÍTULO 3 – CAMINHO METODOLÓGICO	15
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	15
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	15
3.3 PRECEITOS ÉTICOS NA PESQUISA	17
3.4 PERCALÇOS NA ETAPA DE CAMPO	17
3.5 PRODUÇÃO DOS DADOS	18
3.6 PARTICIPANTES	19
3.7 ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS	22
CAPÍTULO 4 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	23
4.1 A DIMENSÃO DA ESTRUTURA CULTURAL E SOCIAL DAS MULHERES QUE VIVENCIAM A AMAMENTAÇÃO PROLONGADA	23
4.2 ESTRATÉGIAS PARA (DES)CONTINUIDADE DA AMAMENTAÇÃO PROLONGADA: SABER POPULAR X SABER PROFISSIONAL	32
4.2.1 A prática da amamentação prolongada	34
4.2.2 Benefícios e malefícios da amamentação prolongada	41
4.2.3 As estratégias para o desmame: o saber popular versus o saber profissional	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	65

ANEXOS

ANEXO A – Estratégia de Saúde da Família de Gramacho – Duque de Caxias	71
ANEXO B – Mapa de área adstrita das equipes na ESF Gramacho – Duque de Caxias	72
ANEXO C – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Unigranrio	75

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	76
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com a mãe	78
APÊNDICE C – Formulário de perfil sócio-econômico-cultural	79
APÊNDICE D – Roteiro de entrevista com o informante-geral (Profissional da ESF)	81

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente comunitário de saúde
AM	Aleitamento Materno
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Teoria do Cuidado Cultural
TDUCC	Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIGRANRIO	Universidade do Grande Rio
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

SILVA, Alessandra de Oliveira Borba. Aspectos culturais na amamentação prolongada: contribuição da enfermagem para a estratégia saúde da família. Rio de Janeiro. 2015. 81 fls. xv. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

RESUMO

Esta investigação tem como objeto de estudo a vivência de mulheres em amamentação prolongada atendidas pela Equipe Saúde da Família. O interesse pelo tema surgiu durante a graduação, por experiências profissionais assistenciais e docentes. A decisão pelo aleitamento prolongado pode ter ainda como fatores os aspectos sociais, culturais e econômicos, sendo uma questão pouco estudada e divulgada, haja vista que as mães que têm esta prática sofrem certo preconceito da sociedade. São escassos os estudos abordando a manutenção da amamentação por 2 anos ou mais, como recomenda a OMS. Cabe questionar se os profissionais da ESF estão preparados para atender os anseios das mulheres que vivenciam a amamentação prolongada. Os objetivos traçados são: 1) descrever a dimensão da estrutura cultural e social das mulheres que vivenciam a amamentação prolongada; 2) identificar as estratégias da equipe de Saúde da Família e das mulheres sobre a (des)continuidade da amamentação prolongada. Utilizaram-se conceitos da Teoria de Madaleine Leininger para dar suporte. Estudo qualitativo, de natureza exploratória e caráter descritivo. O cenário escolhido foi a Unidade de Estratégia Saúde da Família pertencente ao 1º Distrito de Saúde do Município de Duque de Caxias, estado do Rio de Janeiro, localizada no bairro Gramacho. A unidade é composta por 3 equipes de Saúde da Família, que abrangem áreas adstritas diferenciadas. Foi aprovado pelo CEP UNIGRANRIO, Parecer nº 563.142/2014. Os dados foram produzidos através de entrevistas guiadas por formulário, um para o profissional da ESF e outro para a mãe que vivenciou o processo de amamentação prolongada. A produção dos dados aconteceu de maio a dezembro de 2014. Foram entrevistados 22 participantes divididos em dois grupos, um composto por 11 profissionais da ESF e outro por 11 mulheres que vivenciaram a amamentação prolongada. Os dados produzidos foram codificados e sintetizados em duas categorias analíticas pré-determinadas a partir das entrevistas guiadas pelos formulários sobre a amamentação prolongada de maneira a responder os objetivos traçados: 1ª) As dimensões da estrutura cultural e social das mulheres que vivenciam a amamentação prolongada; 2ª) Estratégias para (des)continuidade da amamentação prolongada: saber popular e o saber profissional. A dificuldade relatada por todas as mães entrevistadas foi momento do desmame. O que se conclui é que a amamentação prolongada é opção, uma escolha da mulher. É uma prática cultural, mas é também solitária, pois muitas das mães as vezes, não têm incentivo e apoio de profissionais e da sociedade. Tem fatores culturais e sociais imbricados, e as mães participantes revelaram constrangimento em amamentar crianças grandes em público.

Palavras-chaves: Saúde da Mulher; Saúde da Criança; Aleitamento Materno; Estratégia de Saúde da Família.

SILVA, Alessandra de Oliveira Borba. Cultural aspects in prolonged breastfeeding: contribution of nursing for family health strategy. Rio de Janeiro. 2015. 81 fls. xv. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

ABSTRACT

This research has as object of study the experience of women in prolonged breastfeeding met by Team Health. Interest in the subject arose during graduation, for healthcare professionals and teachers experiences. The decision by prolonged breastfeeding may have even factors as the social, cultural and economic, as a matter little studied and published, given that mothers who have this practice suffer some prejudice of society. There are few studies addressing the continued breastfeeding for two years or more, as recommended by the WHO. One must question whether the FHS professionals are prepared to meet the aspirations of women who experience prolonged breastfeeding. The stated objectives are: 1) to describe the size of the cultural and social structure of women who experience prolonged breastfeeding; 2) identify the health team strategies of Family and Women on the (dis) continuity of prolonged breastfeeding. They used concepts of Madeleine Leininger's theory to support. Qualitative study of exploratory and descriptive nature. The scenario chosen was the Family Health Strategy Unit belonging to the 1st Health District of the city of Duque de Caxias, State of Rio de Janeiro, located in Gramacho neighborhood. The unit consists of three family health teams, covering different target areas. It was approved by the CEP UNIGRANRIO, Opinion No. 563,142 / 2014. The data were produced through interviews guided by form, one for the ESF work and another for the mother who experienced prolonged breastfeeding. Data production took place from May to December 2014. Interviews were conducted with 22 participants divided into two groups, one composed of 11 professionals from the ESF and the other for 11 women who experienced prolonged breastfeeding. The data produced were coded and synthesized in two predetermined analytical categories from the interviews guided by forms of prolonged breastfeeding in order to meet the objectives outlined: 1º) The dimensions of the cultural and social structure of women who experience prolonged breastfeeding; 2º) Strategies for (dis) continuity of prolonged breastfeeding: popular knowledge and professional knowledge. The difficulty reported by all those interviewed was the time of weaning. What can be concluded is that prolonged breastfeeding is an option, a choice of women. It is a cultural practice, but also lonely, as many mothers sometimes do not have encouragement and support professionals and society. It has cultural and social factors interwoven, and the participating mothers showed restraint in nursing big kids in public.

Keywords: Women's Health; Children's Health; Breastfeeding; Family Health Strategy

SILVA, Alessandra de Oliveira Borba. Aspectos culturales de la lactancia materna prolongada: contribución de la enfermería para la estrategia de salud familiar. Rio de Janeiro, 2015. 81 fls. xv Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objeto de estudio la experiencia de las mujeres en lactancia materna prolongada conocido por el equipo de salud. El interés en el tema surgió durante la graduación, para los profesionales sanitarios y maestros experiencias. La decisión de la lactancia materna prolongada puede tener incluso factores como el social, cultural y económica, como una cuestión poco estudiada y publicada, ya que las madres que tienen esta práctica sufren algún perjuicio de la sociedad. Hay pocos estudios que abordan la lactancia materna continuada durante dos años o más, según lo recomendado por la OMS. Uno debe preguntarse si los profesionales de la ESF se preparan para satisfacer las aspiraciones de las mujeres que experimentan la lactancia prolongada. Los objetivos declarados son: 1) para describir el tamaño de la estructura cultural y social de las mujeres que experimentan la lactancia prolongada; 2) identificar las estrategias del equipo de salud de la familia y la mujer en la (dis) continuación de la lactancia materna prolongada. Ellos utilizan conceptos de la teoría de Madeleine Leininger para apoyar. Estudio cualitativo de carácter exploratorio y descriptivo. El escenario elegido fue la Unidad de Salud de la Familia perteneciente a la 1ª Distrito de Salud de la ciudad de Duque de Caxias, Estado de Río de Janeiro, ubicado en el barrio de Gramacho. La unidad consta de tres equipos de salud familiar, cubriendo diferentes áreas objetivo. Fue aprobado por el CEP UNIGRANRIO, Opinión No. 563142/2014. Los datos fueron producidos a través de entrevistas guiadas por la forma, uno para el trabajo del FSE y otro para la madre que experimentó la lactancia prolongada. Producción de datos se llevó a cabo de mayo a diciembre de 2014. Las entrevistas se llevaron a cabo con 22 participantes se dividieron en dos grupos, uno compuesto por 11 profesionales de la ESF y la otra por 11 mujeres que experimentaron la lactancia prolongada. Los datos obtenidos fueron codificados y sintetizados en dos categorías analíticas pre-determinado a partir de las entrevistas guiadas por las formas de la lactancia materna prolongada con el fin de cumplir con los objetivos previstos: 1º) Las dimensiones de la estructura cultural y social de las mujeres que experimentan prolongan la lactancia materna; 2º) Las estrategias para (des) continuidad de la lactancia materna prolongada: el conocimiento popular y el conocimiento profesional. La dificultad informado por todos los entrevistados fue el momento del destete. Lo que se puede concluir es que la lactancia prolongada es una opción, una elección de las mujeres. Es una práctica cultural, sino también de soledad, ya que muchas veces las madres no tienen ánimo y apoyos profesionales y la sociedad. Cuenta con factores culturales y sociales entrelazados, y las madres participantes mostró moderación en enfermería niños grandes en público.

Palabras clave: Salud de la Mujer; Salud Infantil; La lactancia materna; Estrategia Salud de la Familia.

CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta investigação tem como objeto de estudo a vivência de mulheres em amamentação prolongada¹ atendidas pela Equipe Saúde da Família.

O interesse pelo tema aleitamento materno (AM) surgiu durante a graduação e por experiências profissionais assistenciais e docentes. A busca por conhecimento e aperfeiçoamento nessa área levou-me a uma Pós-Graduação *Lato sensu*, na temática Estratégia Saúde da Família (ESF), inserido no Programa de Saúde da Família (PSF), do Ministério da Saúde (MS). A especialização contribuiu para o meu aprofundamento teórico, dando sustentação à minha prática profissional na Atenção Básica e, ainda, contribuiu para confirmar a área de atuação e de interesse profissional.

Em 2006, passei em um processo seletivo para atuar como enfermeira em uma unidade de saúde da família, no município de Belford Roxo, na época recém-implantada, e todos os profissionais foram admitidos para aquele local. A atuação na ESF me permitiu vivenciar várias atribuições, tais como: realizar atividades de gerenciamento, acolhimento do indivíduo e da família, grupos educativos, orientações individuais e coletivas, visita domiciliar, consultas de enfermagem, participando da organização de todo o processo de trabalho, da vigilância em saúde e outras atividades de responsabilidade do enfermeiro neste contexto.

No entanto, o encantamento e o interesse pela docência me fizeram participar do processo seletivo para professor do curso de Enfermagem da UNIGRANRIO, que foi cenário de minha graduação. Nesta instituição integro o corpo docente das disciplinas de Materno Infantil e do Estágio Supervisionado Integralizador I e II.

Desde a época em que cursava a graduação em enfermagem, tive interesse pela temática do aleitamento materno, ouvia queixas das mulheres sobre a dificuldade do desmame. Quando comecei a trabalhar como enfermeira na ESF, nas consultas de puericultura ou em visita domiciliar, presenciei novamente relatos sobre as crianças que tiveram aleitamento materno exclusivo até 6 meses apresentavam maior dificuldade na hora de introdução de outros alimentos que não fosse o leite materno. Ouvi relatos sobre o prazer na amamentação e o desejo de cumprir as recomendações do Ministério da

1 Neste estudo, amamentação prolongada significa a manutenção do processo de amamentação superior a 24 meses (dois anos) (MARTINS; GIUGLIANI, 2012).

Saúde em continuar com o aleitamento materno até dois anos ou mais. Algumas mulheres que optaram pela amamentação prolongada relatavam que o desmame foi efetuado com muito sofrimento para ambos, mãe e criança, e que muitas pessoas, inclusive os profissionais de saúde, não aceitam essa prática. Observei empiricamente que muitas mulheres optaram pela amamentação prolongada devido a fatores culturais.

Durante a docência continuei tendo contato com a temática, mas supervisionando os alunos. Isto me possibilitou especular mais sobre o assunto.

Assim, nestes diversos contatos, que me possibilitavam conhecer diferentes vivências e experiências, percebi diversos conflitos: da mãe com a criança, quando ela dizia que o filho não aceitava parar de mamar; do profissional da ESF que às vezes não sabia o que fazer com as mulheres que vivenciavam a amamentação prolongada.

Então retornei a meditar sobre o que levaria uma mulher a amamentar por mais de dois anos e quais as dificuldades que as mulheres que realizam a amamentação prolongada enfrentam. Como um ato simples e natural pode levar a tantos conflitos? Posso dizer que depois de vivenciar o aleitamento materno prolongado, experiência muito marcante que acabou despertando o desejo de estudar a vivência de mulheres no processo de amamentação prolongada. O desafio me levou a procurar artigos científicos sobre este evento e, aventurar-me a elaborar um projeto de mestrado, que hoje resulta nesta dissertação.

Dada sua grande relevância para a saúde materno-infantil, o AM é alvo de várias campanhas e estratégias governamentais e não governamentais com intuito de promovê-lo de forma eficaz.

O Ministério da Saúde brasileiro criou em 1981 a “Política Nacional de Aleitamento Materno”, que tem como objetivos promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e complementado até os 2 anos de idade ou mais. Também criou em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), cujo principal propósito é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (SILVA; SANTOS; SILVA, 2010).

Fundamentada em evidências científicas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aconselha que as mães amamentem seus filhos até dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses de vida (BRASIL, 2009).

No ano de 2014, o site do Portal Brasil apresentou a Campanha Nacional de Amamentação do Ministério da Saúde. A Semana Mundial da Amamentação teve como

tema “Amamentação: um ganho para a vida toda”. Dentre os objetivos destacou-se estimular as mães a amamentarem seus filhos até 2 anos de idade ou mais, e darem apenas leite materno nos 6 meses de vida dos bebês (BRASIL, 2014, s/p).

Segundo o Manual de Aleitamento Materno, apresenta-se como vantagens para a criança a prevenção às infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; proteção sobre as alergias, principalmente aquelas desencadeadas pelas proteínas do leite de vaca; e a longo prazo pode prevenir diabetes e linfomas (BRASIL, 2009).

Quanto às vantagens para as mães, o Manual de Aleitamento Materno, cita que quando iniciado logo após o parto facilita a involução uterina e diminui a probabilidade da mãe ter câncer de mama. Complementa referindo que nas questões socioeconômicas o leite materno constitui o método mais barato e seguro de alimentar os bebês. O AM exclusivo com intervalos frequentes e regulares pode proteger as mães de uma nova gravidez (BRASIL, 2009).

Complementam Martins e Giugliani (2012) que para cada ano de amamentação há uma redução de 4,3% do risco de câncer de mama, de 15% do risco de diabetes, e que para cada mês de amamentação o risco de câncer de ovário seja 2% menor. Apesar desse conhecimento, nos países ocidentais a amamentação é geralmente mais curta e no Brasil, menos da metade das crianças é amamentada até os 12 meses de idade, e apenas 1/4 é amamentada na faixa etária entre 18 e 23 meses. Por outro lado, em torno da metade das crianças no mundo é amamentada por 2 anos ou mais.

De acordo com Giugliani (2004, p.29) “em muitas culturas ‘modernas’, a amamentação prolongada (cujo conceito varia de acordo com a ‘convenção’ da época e do local) frequentemente é vista como um distúrbio inter-relacional entre mãe e bebê.” A decisão pelo aleitamento prolongado pode ter ainda como fatores os aspectos sociais, culturais e econômicos, sendo uma questão pouco estudada e divulgada, haja vista que as mães que têm esta prática sofrem certo preconceito da sociedade.

Martins e Giugliani (2012), apesar de não fazerem referência a terminologia amamentação prolongada, utilizam o período temporal de “amamentação de 2 anos ou mais”.

Existem estudos sobre os motivos que levam a interrupção precoce do AM, nos quais destacam os fatores socioeconômicos, culturais, demográficos e biológicos. Porém, são escassos os estudos abordando o AM em crianças maiores, e pouco se sabe sobre os fatores envolvidos na manutenção da amamentação por 2 anos ou mais, como recomenda a OMS (MARTINS; GIUGLIANI, 2012).

Almeida (1999, p. 49) afirma que a amamentação é um híbrido natureza-cultura, “no qual os condicionantes socioculturais tendem a se sobrepor aos determinantes biológicos”.

Em contrapartida, Leininger conceitua cultura como: “Os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada e frequentemente entre gerações” (LEININGER; MCFARLAND, 2006, p.13).

A partir desses dois conceitos: cultura de Leininger e amamentação como um híbrido natureza-cultura de Almeida pode-se inferir que a amamentação prolongada é um fenômeno cultural, social e biológico, e estes determinam a amamentação prolongada.

Cabe questionar se os profissionais da ESF estão preparados para atender os anseios das mulheres que vivenciam a amamentação prolongada.

Diante do contexto, para direcionamento da investigação, as seguintes **questões norteadoras** foram elaboradas:

- Quais são os fatores culturais e sociais que influenciam no processo de amamentação prolongada?
- Quais as estratégias que a equipe de Saúde da Família e as mulheres utilizam na (des)continuidade da amamentação prolongada?

A fim de responder aos questionamentos, foram traçados os seguintes **objetivos**:

- 1) Descrever as dimensões da estrutura cultural e social das mulheres que vivenciam/vivenciaram a amamentação prolongada;
- 2) Identificar as estratégias da equipe de Saúde da Família e das mulheres sobre a (des)continuidade da amamentação prolongada.

Este estudo contribuirá para a prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, por ser o aleitamento materno pouco explorado no prisma da escolha da mulher em optar por amamentar seus filhos por dois anos de idade ou mais e nos fatores culturais e sociais que envolvem essa questão.

Servirá para fomentar a discussão do comportamento das enfermeiras nas implementações das políticas públicas em prol do aleitamento materno, bem como poderá subsidiar cartilhas informativas ou campanhas educacionais para dar maior segurança e confiança à mulher que opte pela amamentação prolongada.

O presente estudo está inscrito no Núcleo de Pesquisa, Estudos, Experimentação em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança – NuPEEMC, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto / UNIRIO. Esta pesquisa, portanto, pode fornecer subsídios para a renovação do conhecimento de ensino em Enfermagem tanto na Área da Saúde da Criança como da Mulher.

CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

2.1 TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADELEINE LEININGER

Para dar suporte ao estudo, utilizei conceitos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural da enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger, construída com o objetivo de mostrar a necessidade de compreender melhor a cultura para ajudar as pessoas com um cuidado integral e culturalmente embasado.

A norte-americana Madeleine Leininger nasceu em 13 de julho de 1925, e faleceu em 10 de agosto de 2012.

Em 1950, bacharelou-se em Ciências e terminou o mestrado em 1953, sendo membro da Academia Americana de Enfermagem. Ainda na década de 1950, a teórica trabalhou num centro de orientação infantil. Neste local, observou diferenças importantes de comportamento entre as crianças que tinham distúrbios mentais e de diversas origens culturais. A mesma pode constatar que existiam diferenças no cuidado às crianças africanas, alemãs, judias e outras de culturas distintas (LEININGER; McFARLAND, 2006).

É importante salientar que, nos Estados Unidos, entre 1950 e 1960, muitas enfermeiras estavam voltadas para o cuidado no saber biomédico. Nesses anos, enquanto a maioria das enfermeiras estava se tornando auxiliar de médicos, afastando-se do cuidado, Leininger continuou seu estudo da enfermagem junto à antropologia para construir uma teoria de enfermagem e a estruturação de uma identidade profissional (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Nessas observações detectou a ausência de conhecimento cultural nessas crianças e seus pais como fator determinante para a enfermagem compreender as diversidades de cuidados prestados, tornando-se a primeira enfermeira no mundo a obter doutorado em Antropologia, oferecendo aos profissionais importante campo de atuação na enfermagem transcultural. Em 1991, reconheceu a importância do cuidado de enfermagem junto aos pacientes, o que a induziu a focar em seus estudos e pesquisas sobre esse tema (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Identificando o cuidado como primordial ao conhecimento e à prática da enfermagem, Leininger construiu a Teoria de Cuidado Cultural (TCC), retirando da Antropologia o elemento cultural e da Enfermagem o elemento do cuidado,

acrescentando à teoria os termos diversidade e universalidade. Nascia, então, a Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural (TDUCC), com a primeira apresentação em 1988 (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Segundo Oriá, Ximenes e Alves, (2005, p.2), Madeleine Leininger foi quem desenvolveu o termo Enfermagem Transcultural, destacando que ainda que seja uma teoria baseada na antropologia, tem diferenças da antropologia médica, por estar voltada aos fenômenos culturais, e da enfermagem, traz como foco o cuidado cultural. Destacam as autoras supracitadas que:

Leininger cunhou o termo “*cuidado culturalmente congruente*” (nos idos de 1960) para embasar o principal objetivo de sua teoria, qual seja: identificar os meios para proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente congruente aos fatores que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença e a morte das pessoas de culturas diversas e semelhantes (ORÍÁ; XIMENES; ALVES, 2005, p.2).

A TDUCC instrumentaliza enfermeiro em toda área que atua, porque entende o cuidado de maneira ampla, a partir do contexto onde vive a pessoa, quais as práticas de cuidado que predominam naquele contexto, como os fatores culturais como a religião, a educação, a visão de mundo, o ambiente familiar, podem influenciar no cuidado ao ser humano. Referem Oriá, Ximenes e Alves, (2005), que para alcançar este nível de cuidado, Leininger utilizou os seguintes conceitos para fundamentar sua teoria: Cultura, Valores culturais, Cuidado de enfermagem culturalmente diverso, Etnocentrismo, Generalização, Estereótipo, Congruência cultural, Etnoenfermagem e Enfermagem transcultural.

Os pressupostos básicos da enfermagem transcultural podem ser descritos como (LEININGER; McFARLAND, 2006):

- O cuidado humano é um fenômeno universal, mas a expressão, o processo e o modelo variam entre as culturas;
- Cada situação de cuidado de enfermagem tem comportamento no cuidado transcultural, necessidades e implicações;
- O ato e processo de cuidar são essenciais para o desenvolvimento humano, crescimento e sobrevivência;
- O cuidado poderá ser considerado a essência e unificação intelectual e dimensão prática do profissional de enfermagem;
- O cuidado tem dimensões biofísicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais, as quais puderam ser estudadas, praticadas no sentido a prover cuidado holístico para as pessoas;

- O comportamento de cuidado transcultural, formas e processos têm ainda que ser verificado em diversas culturas, quando este corpo de conhecimento é obtido, tendo potencial para revolucionar a prática diária da enfermagem;
- Para fornecer cuidado de enfermagem terapêutico, a enfermeira poderá ter conhecimento de valores culturais, crenças e práticas dos clientes;
- Os comportamentos de cuidados e funções variam de acordo com características da estrutura social de determinada cultura;
- A identificação de comportamento universal e não universal cuidado popular e cuidado profissional, crenças e práticas, serão importantes para o avanço do corpo de conhecimentos de Enfermagem;
- Há diferenças entre a essência e as características essenciais de cuidado e comportamentos de cura e processos;
- Não existe cura sem cuidado, mas pode existir cuidado sem cura.

Segundo Moreira *et al* (2009), ao falar sobre a produção acadêmica do Simpósio Ibero-Americano de História da Enfermagem em São Paulo, destaca que TDUCC está ganhando espaço nas pesquisas e sendo aplicada em diferentes países, trazendo o cuidado fundamentado na cultura dos cuidados, não apenas para a pesquisa Transcultural, mas também para guiar a prática assistencial de ensino e pesquisa.

Segundo Camargo *et al* (2014), a Enfermagem brasileira vem utilizando a TCC nas diversas áreas de sua atuação e vem sendo aplicada as mais diferentes temáticas, com especial destaque nos periódicos nacionais para a temática “gestante, parto/nascimento e puerpério”, observando a subjetividade e identidade de cada mulher, levantando seus valores para um cuidado culturalmente coerente.

Seima *et al* (2011) acrescentam que os cuidados de enfermagem quando culturalmente contextualizados, conforme a TDUCC, trazem grande contribuição não apenas para os indivíduos e as famílias, mas para toda a comunidade que se sente respeitada em seus valores e conhecimentos. O cuidado transcultural, da teoria de Leininger, é adequado para pensar o cuidado a partir da diversidade de contextos sociais e culturais, que suscitam diferentes necessidades, significados e expectativas de cuidado.

A família e outros grupos de pessoas de um mesmo território como acontece na ESF, tem determinados comportamentos, que se revelam coletivamente em contextos específicos, como forma de pertencimento social. Assim eles se reconhecem dentro

daquele contexto e entender esta visão de mundo, é muito importante para que o cuidado seja qualificado. No caso da família, ela pode ser considerada um grupo no qual são aprendidos e compartilhados determinados comportamentos.

A teoria de Leininger favorece a proposta do cuidado holístico, que “considera a integralidade dos sujeitos e a multiplicidade de fatores culturais, em oposição ao modelo hegemônico centrado nos sinais e sintomas das doenças” (SEIMA *et al*, 2011, p.855).

Quando o enfermeiro utiliza a TDUCC, trabalha com ética, respeito e humanização, de modo a produzir um saber comum entre o popular e o profissional. Ao se conhecer a cultura dos indivíduos e ou das famílias, torna-se possível que as ações de cuidado sejam planejadas em conjunto com o ser cuidado de maneira que estejam culturalmente de acordo com sua maneira de entender o processo de saúde e doença.

Por conta disso é que se torna importante que o enfermeiro conheça o contexto de vida dos indivíduos e de suas famílias, seus domicílios, seus costumes, e os fatores culturais e econômicos, religiosos que sustentam seus comportamentos.

O domicílio “é o local mais apropriado para o enfermeiro compreender o contexto de vida do ser cuidado, pois é no domicílio que se visualiza o que a pessoa tem de mais íntimo e mais real” (SEIMA *et al*, 2011, p.855).

2.1.1 O Modelo Sunrise

Leininger elaborou o Modelo Sunrise afim de possibilitar o entendimento de sua teoria e deste cuidado holístico e integral, orientando o estudo para a diversidade e universalidade do cuidado de enfermagem.

Silva (2011, p.11 *apud* Almeida 2000) enfatiza que Modelo Sunrise, não representa toda a complexidade da teoria de Leininger, porém oferece um “mapa cognitivo, ou um esboço conceitual de seus componentes e visão integral de suas dimensões, e o modo como influenciam o cuidado e o estado de saúde de indivíduos, grupos, famílias e instituições considerando os aspectos sociais e culturais”.

Braga (1997) e Silva (2011) explicam o Modelo Sunrise (figura 1), onde se encontram os níveis de abstração e análise classificados em I, II, III, IV. O nível I corresponde ao de maior abstração e o nível IV ao de menor. No nível I, encontra-se o sistema social e a percepção do mundo; no nível II, o cuidado e a saúde, e os indivíduos, famílias e culturas no contexto de um sistema de saúde, em busca de seus significados e de suas expressões; no nível III são visualizados os sistemas de conhecimentos

profissional e popular, com suas características próprias com a finalidade de serem determinadas as áreas de semelhança e diferença entre eles. Finalmente o nível IV, traz a possibilidade de que seja desenvolvido um tipo de cuidado de enfermagem congruente com as culturas e por este valorizado.

Na porção superior do círculo estão os fatores interdependentes da estrutura cultural e social que facilitam a visão do mundo e que influenciam no cuidado e na saúde por meio da linguagem e do contexto ambiental. Esses fatores estão conectados ao sistema de saúde, compostos pelo sistema popular, profissional e o de enfermagem que se encontram na parte inferior do modelo. As porções superiores e inferiores descrevem um sol completo que corresponde ao universo.

Figura 1— MODELO SUNRISE



Fonte: LEININGER; McFARLAND, 2006, p.25.

2.2 RESGATE HISTÓRICO DO ALEITAMENTO MATERNO (AM)

Neste item, foi realizado um breve resgate histórico a respeito do aleitamento materno. Há séculos o aleitamento materno já era defendido como um hábito saudável. Hipócrates (400 a.C.) foi um dos primeiros estudiosos a reconhecer e escrever a respeito dessa prática, tendo em vista que por meio de seus achados, ele identificou que os bebês que não eram amamentados apresentavam um índice maior de mortalidade (CRISPIN, 2009).

Nos séculos XVII e XVIII, o AM era desvalorizado, sendo esta prática realizada pelas mulheres pertencentes à classe baixa da sociedade, as amas-de-leite. Na ocasião, as mulheres pertencentes à classe alta da sociedade providenciavam as amas-de-leite para seus filhos em função da crença de que se elas mesmas alimentassem seus filhos, sua beleza feminina seria subtraída. Concomitante a esse ideal, na época acreditava-se também que o esperma azedava o leite materno, assim para evitar o adultério de seus cônjuges, suas mulheres escolhiam não amamentar seus filhos, e valorizam o papel das amas-de-leite. No entanto, com esse tipo de prática no final do século XVIII, percebeu-se um significativo aumento na mortalidade infantil, visto a precariedade das condições higiênicas, alimentares e moradia das amas-de-leite. Ao perceber que esse alto índice de mortalidade infantil impactaria socialmente, principalmente na manutenção de exércitos que gerassem lucros, a Igreja Católica entrou no contexto, passando a incentivar a prática do AM, na ocasião a Igreja argumentava que essa prática representava um ato de amor e abnegação. Dessa maneira, a partir do incentivo da Igreja, nos séculos XIX e XX, o AM recebeu um novo olhar, levando a valorização da criança. No entanto, a formulação de leites artificiais e a revolução industrial, que direcionou as mulheres para o mercado de trabalho, ocasionaram a diminuição do AM (MOREIRA; LOPES, 2007; VINAGRE; DINIZ; VAZ, 2001).

Visto as consequências catastróficas do declínio da prática do AM, em todo o mundo tanto para a mãe, como para o filho, foi direcionado um olhar especial para essa ação. Assim, estratégias começaram a ser elaboradas e implementadas no sentido de fomentar a prática da AM entre as décadas de 1970 e 1980 que promoveu mudança no panorama mundial.

Em 1981 aconteceu a Assembleia Mundial de Saúde, onde na ocasião foi adotado o Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno.

Dessa maneira, o fomento do AM se intensifica, principalmente na Europa e Estados Unidos da América, tendo como participantes algumas instituições importantes como Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Estudos regionais realizados no Brasil apontam que a prática do AM foi intensificada no país a partir da década de 1980 (VENÂNCIO; MONTEIRO, 1998).

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS PARA ALEITAMENTO MATERNO

Este item do estudo propõe realizar um marco legal das políticas elaboradas e implementadas no Brasil, no sentido de estimular ao AM.

Em 1934 foi promulgada a Constituição Federal Brasileira, que em seu art. 121 assegura Lei trabalhista com vistas à garantia das mães trabalhadoras amamentarem seus filhos, promovendo o crescimento e desenvolvimento da criança, sem que houvesse prejuízo para a empresa empregadora (BRASIL, 1934 Título VI. Art.121 § 1º item h).

No ano de 1966, como resultado da Convenção de Proteção à Maternidade é concedido um período de licença maternidade de 12 semanas às mulheres. Em 1972, o Ministério da Saúde propõe a elaboração da Política Nacional de Saúde, que tem como uma de suas subáreas o Setor Materno Infantil, dois anos após esse setor é regulamentado e passa a ser o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil – PNSMI, tendo como uma de suas prioridades o incentivo ao AM. Nesse mesmo ano é criado ainda o Instituto Nacional de alimentação e Nutrição, visando a elaboração de políticas alimentares para a população, principalmente a mais carente.

Aconteceu também, em 1974, a 27ª Assembleia da Organização Mundial da Saúde, onde ficou determinado que os países devessem ajudar na identificação e análise dos fatores que desencadeiam o declínio da prática do AM exclusivo. Formulam-se ainda políticas para diminuir o desmame precoce, objetivando a queda da mortalidade infantil, tendo em vista que esse fator impactaria negativamente para a sociedade, tendo como paradigma a visão mercadológica do modelo neoliberal (MOREIRA; LOPES, 2007).

Em 1980 a 33ª Assembleia Mundial da Saúde discute o fomento ao AM e foca na saúde da mulher trabalhadora e no controle sobre produtos industrializados (MONTEIRO, 2006).

Em 1981 a 34ª Assembleia Mundial da Saúde elaborou o Código Internacional de Comercialização de substitutos do leite materno, nesse mesmo ano o Brasil implanta o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM. Além disso, o MS incentiva e investe na criação da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, com apoio do INAM e da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. O ano de 1985 amplia o tempo de licença maternidade, antes 12 semanas (98 dias) passando para 120 dias, tendo como objetivo o aumento de permanência de mãe e filho, beneficiando dessa forma o processo de amamentação, desencadeando assim diminuição de custos para o Sistema de Saúde, visto que se reduz o número de internações hospitalares com essa estratégia (MOREIRA; LOPES, 2007).

Outro importante acontecimento foi a Promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, tendo em vista que ela definiu legalmente o período de licença maternidade (BRASIL, 1988 Capítulo II, art. 6º).

Quarenta países, incluindo o Brasil, participaram de um encontro na Itália e assinaram em 1990 a Declaração de Innocenti, que estabeleceu ações para o fomento ao AM exclusivo dos 04 aos 06 meses de idade, podendo o aleitamento ser estendido até os 02 anos de idade da criança, sendo este último sempre associado à alimentação complementar. Este mesmo documento ainda afirma que até o ano de 1995 todos os países devem ter assegurados que todas as suas maternidades estejam implementando os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (OMS; UNICEF, 1990).

Um ano após a UNICEF e OMS criam o título Hospital Amigo da Criança, visando a promoção, proteção e apoio ao AM (MOREIRA; LOPES, 2007).

No ano de 1992 a resolução nº31 regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes (BRASIL, 1992). No mesmo ano convencionou-se a Semana Mundial da Amamentação, que tem como cunho principal a mobilização dos profissionais de saúde e da comunidade para a importância e manutenção do AM.

Para capacitar e promover ainda mais o AM a nível mundial, o UNICEF em parceria com a OMS idealizam o “Aconselhamento em Amamentação”, o objetivo seria a melhoria da assistência dos profissionais junto as mulheres no período de amamentação (MOREIRA; LOPES, 2007).

Uma das ações que atuam de forma favorável para que o AM aconteça de forma eficaz é o atendimento humanizado por parte dos profissionais de saúde, percebendo esse potencial, o país regulamenta a Portaria nº 693/2000, que define a Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso (BRASIL, 2000).

CAPÍTULO 3 – CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Estudo qualitativo, de natureza exploratória e caráter descritivo. Para Richardson (2011), o estudo qualitativo pode contribuir para o entendimento da dinâmica dos processos sociais, vivenciados por uma população, além de corroborar para o entendimento comportamental dos indivíduos.

A pesquisa descritiva visa descrever as características de uma população ou fenômenos distintos, ou estabelecer relação existente entre variáveis. A exploratória dá visibilidade ao problema estudado com o intuito de torná-lo mais “explícito” ou ajudar na “construção de hipóteses” (GIL, 2010).

Os enfermeiros-pesquisadores nos estudos qualitativos descritivos descrevem as dimensões, as variações e a importância dos fenômenos. A utilização da pesquisa exploratória destina-se a desvendar os vários modos pelos quais o fenômeno se manifesta e seus processos subjacentes (POLIT e BECK, 2011 p.42).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário escolhido foi a Unidade de Estratégia Saúde da Família pertencente ao 1º Distrito de Saúde do Município de Duque de Caxias, estado do Rio de Janeiro, localizada no bairro Gramacho (ANEXO A).

A unidade é composta por 3 equipes de Saúde da Família, que abrangem áreas adstritas diferenciadas. Cada equipe é responsável por uma área programática, dimensionada num mapa de área adstrita (ANEXO B). O corpo de profissionais é composto por equipe multidisciplinar e atende a diversas famílias, conforme estabelecido no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 – Distribuição de profissionais e população adstrita por equipes na Estratégia de Saúde da Família de Gramacho.

Profissionais	Equipe 1	Equipe 2	Equipe 3	Total
Médico generalista	01	01	01	03
Enfermeiro	01	01	01	03
Dentista	01	01	01	03
Técnico de Enfermagem	01	01	01	03
Técnico de Higiene Bucal	01	01	01	03
Agente Comunitário de Saúde	06	05	05	16
População adstrita	3035	3010	3050	9095

Fonte: Município de Duque de Caxias (RJ), 2015.

Todos os profissionais atuam 40 horas/semanais e o atendimento é feito de segunda à sexta, das 08h às 16h. Existem profissionais que prestam serviço para as três equipes Saúde da Família, como o administrador da unidade e a funcionária responsável pela limpeza.

Os serviços oferecidos na unidade são consultas de: pré-natal, ginecologia, hipertensão, diabetes, puericultura, saúde da criança e adolescente, saúde do idoso, visita domiciliar e palestra educativa. Os procedimentos realizados são: imunização, aferição de sinais vitais, curativos e aplicações de medicamentos. Ocorrem também reuniões de equipe para avaliações e planejamento das atividades. As unidades contam com os seguintes grupos: tabagismo, pré-natal, hipertensão e diabetes.

As atividades realizadas na unidade são desenvolvidas em parceria com acadêmicos de Enfermagem da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO).

A escolha deste cenário foi devido ao longo período, seis anos, em que venho atuando como Supervisora de Estágio da Faculdade de Enfermagem da UNIGRANRIO, realizando consultas de Enfermagem em puericultura, saúde da mulher e ações educativas. Consegui realizar e participar de atividades dentro da comunidade. Promovi ações sociais em escolas, igrejas e praças. Fui a festas organizadas pela comunidade e também proporcionadas por profissionais da unidade, facilitando o vínculo com a comunidade.

3.3 PRECEITOS ÉTICOS NA PESQUISA

Ciente das Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos da Resolução nº466, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o projeto foi submetido à Plataforma Brasil, protocolado sob nº CAEE 24214110.0.0000.5283 sendo avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO, obtendo aprovação no Parecer nº 563.142, em 20/03/2014 (ANEXO C).

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), sendo esclarecidos dos objetivos do estudo; que a pesquisa não traria qualquer tipo de benefício financeiro para o participante; sendo de suma importância salientar não houve prejuízo para o entrevistado.

Somente após a assinatura do TCLE é que foi realizada a entrevista através de um formulário, gravada em meio digital para assegurar o registro, que será arquivado por cinco (5) anos e descartada após esse período. Os dados coletados serão utilizados apenas para pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Respeitando, assim, os aspectos éticos, conforme a Resolução 466/12, a pesquisa foi realizada sem a coleta dos nomes dos participantes, nem utilização de fotos individuais que possam identificá-los, mantendo suas identidades preservadas.

3.4 PERCALÇOS NA ETAPA DE CAMPO

Embora tivéssemos liberação do Comitê de Ética em Pesquisa para iniciar a etapa de campo em fevereiro de 2014, as entrevistas só aconteceram a partir de maio, isto porque duas intercorrências postergaram a produção dos dados:

- 1) O Concurso Público para Agentes Comunitários de Saúde do Município de Duque de Caxias,
- 2) A capacitação dos profissionais da ESF sobre a substituição do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) do Ministério da Saúde.

Esses dois fatos ocasionaram grande dificuldade de agendamento para a entrevista tanto com os profissionais da unidade em decorrência de não disponibilidade dos mesmos, como das mulheres da população adstrita, pois dependíamos da indicação dos agentes comunitários.

3.5 PRODUÇÃO DOS DADOS

Os dados foram produzidos através de entrevista. Para guiar as entrevistas utilizou-se o formulário, que “é um dos instrumentos essenciais para investigação social, cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p.212).

O formulário caracteriza-se pelo “contato face a face entre o pesquisador e o informante e ser o roteiro de perguntas preenchido pelo entrevistador no momento da entrevista” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p.212).

Dentre as vantagens do uso do formulário destaca-se;

Utilizado em quase todo segmento da população; alfabetizado, analfabetos, populações heterogêneas etc., porque o seu preenchimento é feito pelo entrevistador.

Oportunidade de estabelecer rapport, devido ao contato pessoal.

Presença do pesquisador, que pode estabelecer os objetivos da pesquisa, orientar o preenchimento do formulário e elucidar significados de perguntas que não estejam muito claras. [...]

Uniformidade dos símbolos utilizados, pois é preenchido pelo próprio pesquisador. (MARCONI; LAKATOS, 2003, p.212-3).

Os dados, junto às mães, foram produzidos por meio de dois instrumentos:

- 1) Roteiro de entrevista contendo perguntas sobre o processo de amamentação prolongada (APÊNDICE B);
- 2) Formulário sócio-econômico-cultural para atender especificamente o primeiro nível do Modelo de Sunrise de Leininger a fim de identificar as dimensões da estrutura cultural e social na identificação dos sete fatores: tecnológicos, religiosos e filosóficos, companheirismo e sociais, políticos e legais, econômicos e educacionais, além de dados de caracterização (APÊNDICE C).

Para entrevistar os profissionais foi utilizado um roteiro de entrevista incluindo dados de caracterização e perguntas sobre o processo de amamentação prolongada na ESF (APÊNDICE D)

A produção dos dados aconteceu de maio a dezembro de 2014. Inicialmente eu já me encontrava inserida na unidade duas vezes na semana atuando como Supervisora dos acadêmicos de Enfermagem do nono período, da UNIGRANRIO, da disciplina de Estágio Supervisionado Integralizador I. Separei mais um dia da semana para esta no local com a finalidade de entrevistar os participantes, totalizando 18 idas ao campo.

Todas as entrevistas realizadas foram gravadas em um aparelho de MP3, com autorização prévia dos participantes, sendo, após, transcrita na íntegra. Em média as gravações tiveram de 5 a 12 minutos de duração e 47 folhas transcritas.

3.6 PARTICIPANTES

Neste estudo foram entrevistados 22 participantes divididos em dois grupos, um composto por 11 profissionais da ESF e outro por 11 mulheres que vivenciaram a amamentação prolongada.

A seleção dos profissionais de saúde que atuavam em uma das equipes da ESF de Gramacho ocorreu independentemente da equipe e da função que executava, mas que aceitasse participar voluntariamente da pesquisa e tivessem disponibilidade para responder a entrevista. Vale ressaltar que houve representação de todas as categorias profissionais e das três equipes da unidade. As entrevistas dos profissionais aconteceram na sede da unidade, em sala disponível garantido privacidade.

As mulheres foram indicadas pelos ACS, que atendessem ao critério de inclusão: ter vivenciado ou estar vivenciando o processo de amamentação prolongada (2 anos ou mais), cadastradas na ESF de Gramacho, em uma das três equipes da unidade. As mulheres acima de 18 anos foram selecionadas, independente do limite idade, religião e condições socioeconômicas. As entrevistas ocorreram no domicílio, previamente agendadas de acordo com o horário das mães e acompanhadas pelos ACS responsáveis pela microárea. Este ambiente possibilitou um contato maior entre a pesquisadora e a mãe, criando um ambiente confortável e acolhedor.

Para manter o sigilo e anonimato dos participantes, foi utilizada a seguinte codificação: para as mulheres a letra M seguida por algarismo arábico por ordem de entrevista; para os profissionais a letra P acrescida do número e sigla da categoria profissional.

Para facilitar a compreensão do leitor foram elaborados dois quadros contendo informações dos participantes: No Quadro 02 constam os dados de identificação dos 11 profissionais de saúde, no Quadro 03 é apresentada a caracterização das 11 mães participantes, o número de filhos, com respectiva idade e o tempo de amamentação.

Quadro 2 – Caracterização dos profissionais de saúde participantes do estudo.

ID	Sexo	Idade	Profissão	Equipe	Tempo de Formação	Tempo de atuação na ESF
P1	Feminino	43	ACS	PSF III	4 anos e 5 meses	4 anos e 5 meses
P2	Feminino	31	Técnica de Enfermagem	PSF II	4 anos	9 meses
P3	Feminino	50	ACS	PSFIII	2 anos e 6 meses	2 anos e 6 meses
P4	Feminino	29	Enfermeira	PSFIII	8 anos	4 anos
P5	Masculino	53	ACS	PSFIII	5 anos	5 anos
P6	Feminino	38	Dentista	PSF II	16 anos	4 anos
P7	Feminino	40	Técnica de Enfermagem	PSF I	15 anos	4 anos
P8	Feminino	38	Enfermeira	PSF I	10 anos	8 anos
P9	Masculino	33	Dentista	PSF III	8 anos	6 anos
P10	Feminino	40	Médica Pediatra	PSF II	16 anos	7 anos
P11	Feminino	44	Médica	PSF III	20 anos	15 anos

Fonte: Entrevista dos profissionais participantes do estudo. Duque de Caxias (RJ), 2014.

Como se pode observar, procurou-se incluir profissionais diversificados, de todas as 3 equipes, o que acreditamos ser ideal para conhecer as semelhanças e diferenças nas respostas com relação as questões relacionadas sobre a amamentação prolongada.

A maioria é do sexo feminino. O tempo de atuação na ESF variou de 9 meses a 15 anos. Vimos que, a maioria dos trabalhadores de saúde participantes tem uma vasta experiência na ESF. Essa bagagem proporciona ao profissional pensar, aprender, confrontar o conhecimento adquirido com a realidade vivenciada.

Quadro 3 – Caracterização das mães participantes do estudo. Rio de Janeiro, 2014.

ID	Idade	Naturalidade	Nº de Filhos	Sexo dos Filhos	Idade dos Filhos	Tempo de amamentação
M1	43	Rio de Janeiro	03	Masculino	22 anos	06 meses
				Feminino	17 anos	09 meses
				Feminino	4 anos	Até a entrevista
M2	41	Rio de Janeiro	03	Feminino	24 anos	04 anos
				Masculino	22 anos	06 anos
				Feminino	19 anos	03 anos
M3	21	Rio de Janeiro	02	Masculino	05 anos	03 anos
				Feminino	02 anos	Até hoje
M4	30	Rio de Janeiro	02	Feminino	09 anos	03 anos
				Feminino	04 anos	03 meses
M5	40	Rio de Janeiro	03	Masculino	20 anos	15 dias
				Masculino	13 anos	03 meses
				Masculino	04 anos	Até a entrevista
M6	28	Rio de Janeiro	02	Feminino	07 anos	03 anos
				Masculino	02 anos	Até a entrevista
M7	67	Rio de Janeiro	08	Masculino	47 anos	+ 03 anos
				Masculino	45 anos	+ 03 anos
				Feminino	43 anos	+ 03 anos
				Feminino	42 anos	+ 03 anos
				Feminino	41 anos	+ 03 anos
				Feminino	38 anos	+ 03 anos
				Masculino	37 anos	+ 03 anos
				Masculino	35 anos	+ 03 anos
M8	52	Rio de Janeiro	03	Masculino	33 anos	03 anos
				Feminino	30 anos	02 anos
				Feminino	27 anos	05 anos
M9	43	Rio de Janeiro	06	Masculino	25 anos	01 mês
				Feminino	21 anos	01 ano
				Masculino	19 anos	02 anos
				Feminino	14 anos	02 anos
				Masculino	11 anos	04 anos
				Masculino	08 anos	01 mês
M10	39	Rio de Janeiro	07	Masculino	18 anos	05 anos
				Feminino	13 anos	03 anos
				Feminino	11 anos	03 anos
				Feminino	09 anos	03 anos
				Feminino	07 anos	03 anos
				Feminino	05 anos	03 anos
				Feminino	03 anos	Até a entrevista
M11	49	Rio de Janeiro	04	Feminino	26 anos	02 anos
				Feminino	24 anos	04 anos
				Feminino	21 anos	02 anos
				Feminino	14 anos	02 anos

Fonte: Entrevista das mulheres participantes do estudo. Duque de Caxias (RJ), 2014.

No Quadro 03 podemos perceber que todas as mães entrevistadas são do Rio de Janeiro, com idades que variam de 21 a 67 anos, sendo que a maioria ficou na faixa etária compreendida entre 30 e 52 anos. Com relação ao número de filhos, a maioria tem 03 filhos seguidas daquelas com 02 filhos, a mais velha das mães entrevistadas foi quem teve o maior número de filhos (oito), seguida de uma mãe com 7 filhos e outra com 6 filhos.

O sexo predominante dos filhos foi o feminino, havendo apenas uma das entrevistadas (M5) que teve todos os filhos do sexo masculino. Com relação ao tempo de amamentação, consideramos aquelas que amamentaram ao menos um de seus filhos por dois anos e mais; as mulheres referiram como tempo mínimo 15 dias e máximo de 5 anos. Destaque para as mães que tiveram 7 e 8 filhos amamentaram todos por 2 anos e mais.

No total geral pudemos observar que do total de 43 filhos relatados, 36 deles foram amamentados por dois anos e mais, o que mostra que a escolha das participantes foi adequada ao estudo proposto.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS

Os dados produzidos foram codificados e sintetizados em duas categorias analíticas pré-determinadas a partir das entrevistas guiadas pelos formulários sobre a amamentação prolongada de maneira a responder os objetivos traçados.

1ª Categoria) As dimensões da estrutura cultural e social das mulheres que vivenciam a amamentação prolongada

2ª Categoria) Estratégias para (des)continuidade da amamentação prolongada: diálogos entre o saber popular e o saber profissional

CAPÍTULO 4 - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

4.1 AS DIMENSÕES DA ESTRUTURA CULTURAL E SOCIAL DAS MULHERES QUE VIVENCIAM A AMAMENTAÇÃO PROLONGADA

Nesta categoria são apresentados os fatores culturais e sociais das mulheres que vivenciam a amamentação prolongada. Esses correspondem ao primeiro nível do Modelo de Sunrise de Leininger (Figura 02), trata-se de um capacitador que funciona de forma articulada, tornando-se um facilitador por trabalhar com os diversos fatores de maneira inter-relacional, que ajuda a conhecer o perfil das mães participantes, o que influenciou na decisão de amamentar seu(s) filho(s) acima de dois anos.

Figura 2: 1º Nível do Modelo de Sunrise



Fonte: LEININGER; McFARLAND, 2006, p.25

Para facilitar a compreensão, os sete fatores das dimensões da estrutura cultural e social das mães, foram distribuídos nos próximos quadros. Nos Quadros 04 a 10 são apresentados dados referentes à estrutura social, econômica e cultural, permeando os fatores tecnológicos, de religião e filosofia, companheirismo e social, valores culturais e modos de vida, políticos e legais, econômicos e educacionais. Essas informações detalham, assim, o perfil sócio-econômico-cultural dessas mães.

Quadro 4 – Fatores Tecnológicos do Perfil Sócio-econômico-cultural das mães participantes do estudo.

ID	Luz na Residência	Água Tratada	Coleta de Lixo	Transporte	Acesso à Internet
M1	Sim	Sim	sim	carro	sim
M2	Sim	Não	sim	ônibus	não
M3	Sim	Sim	sim	ônibus	não
M4	Sim	Sim	sim	ônibus	sim
M5	Sim	Sim	sim	ônibus	sim
M6	Sim	Sim	sim	ônibus	não
M7	Sim	Sim	sim	ônibus	não
M8	Sim	Sim	sim	transporte público	sim
M9	Sim	Sim	sim	ônibus	não
M10	Sim	Sim	sim	ônibus	não
M11	Sim	Não	sim	ônibus	sim

Fonte: Entrevista das mulheres participantes do estudo. Duque de Caxias (RJ), 2014.

Com relação aos aspectos socioeconômicos relacionados ao saneamento básico, luz elétrica, meios de transporte para a mobilidade dos membros da família e utilização de tecnologias como a internet, verificou-se que a coleta de lixo, água tratada e o acesso a energia elétrica, fazem parte da vida destas mulheres. Apenas duas entrevistadas referiram não ter água tratada. O transporte é predominantemente público com a utilização de ônibus, em sua maioria, e outros transportes públicos relatados por uma mãe (M8). Apenas M1 referiu utilizar o carro como transporte. Quanto à utilização da tecnologia da internet a maioria não utiliza esse meio de comunicação, 06 mães não possuem acesso à internet em suas residências e cinco responderam que sim. Nas entrevistas individuais, houve relato de utilização de tecnologias da comunicação viabilizadas pelos telefones celulares.

De acordo com Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006) a disponibilidade de eletricidade nos domicílios brasileiros já é quase universal, principalmente em área urbanas. Com relação ao abastecimento de água e a rede de escoamento sanitário, pode-se observar de 1996 até 2006 um aumento do número de casas abastecidas por água encanada, diminuindo o número de poços ou

nascentes, mas recomenda-se a fervura ou filtragem da água, pois elas não são adequadas ao consumo *in natura*. Por outro lado, onde há sanitários, mais de um terço dos domicílios tinham como forma de escoadouro um sistema não recomendado para eliminação dos dejetos na natureza. A PNDS 2006 nos faz refletir que mesmo mostrando um avanço ainda há muito que se fazer para se melhorar as condições sanitárias da população brasileira

Quadro 5 – Fatores Religiosos e Filosóficos das mães participantes do estudo.

ID	Religião que foi criada	Religião atualmente praticante
M1	Católica	Evangélica
M2	Evangélica	Evangélica
M3	Católica	Nenhuma
M4	Católica	Católica
M5	Católica	Evangélica
M6	Evangélica	Nenhuma
M7	Evangélica	Evangélica
M8	Católica	Evangélica
M9	Nenhuma	Evangélica
M10	Católica	Evangélica
M11	Evangélica	Evangélica

Fonte: Entrevista das mulheres participantes do estudo. Duque de Caxias (RJ), 2014.

A questão religiosa é importante para estudos com foco na questão cultural, pois tem influência no modo das pessoas viverem e verem o mundo que as cercam. (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Dentre as entrevistadas, somente 02 mulheres referiram não professar religião atualmente, identificam-se religiões diferentes, mas todas são cristãs. Houve diferença no decorrer da vida das mães entrevistadas. Durante a criação revelou-se uma predominância da religião católica seguida da religião evangélica, o que modificou no decorrer da vida das entrevistadas que responderam quase em sua totalidade serem atualmente evangélicas, com apenas uma delas que conservou a religião de sua criação na católica e duas, uma católica e outra evangélica de criação que referem no momento não terem nenhuma religião.

Burity (2008, p.87) em seu artigo Cultura e Religião aborda a questão de como no Brasil a cultura majoritária da religião católica-romana foi aos poucos perdendo espaço para a religião evangélica, advinda do protestantismo pentecostal. Refere que este movimento foi mais forte a partir da década de 1980 quando uma “bancada evangélica na Constituinte trouxe à luz, de corpo inteiro, o perfil de um novo ator social: os pentecostais”. Destaca que este fato vinha demonstrar para a sociedade, a diversidade cultural e o pluralismo que existem no povo brasileiro seja no lazer, no trabalho, nas políticas e na religião.

Quadro 6 – Fatores de Companheirismo e vida social das mães participantes do estudo.

ID	Vive com alguém	Tempo que vivem juntos	Tipo de Relacionamento	Participa de festas	Passeios em família
M1	Sim	23 anos	Casada (civil)	Sim (3 a 4 x/mês)	Shoppings, parques e teatros
M2	Sim	28 anos	União estável	Sim (às vezes)	Sítios e passeios com a igreja
M3	Sim	06 anos	União estável	Sim (2 a 3x/mês)	Festas e parques
M4	Sim	07 anos	União estável	Sim (final de semana)	Festas, zoológico, sítios, shopping
M5	Sim	27 anos	Casada (Civil)	Sim (sempre)	Festas, shopping, casa da sogra, praça
M6	Sim	08 anos	União Estável	Sim (às vezes)	Praia, parques
M7	Sim	23 anos	União Estável	Sim (às vezes)	Festas na igreja
M8	Sim	04 anos	União estável	Sim (raro)	Jantar, cinema
M9	não	-	-	Sim (às vezes)	Passeios da igreja
M10	Sim	15 anos	Casada (civil)	Sim (raro)	Praça
M11	Sim	27 anos	União estável	Sim (2 a 4x/mês)	Casa de praia e igreja

Fonte: Entrevista das mulheres participantes do estudo. Duque de Caxias (RJ), 2014.

Os dados a respeito do companheirismo revelaram que 06 das mães entrevistadas têm como característica uniões de longa duração, com casamentos que vão de 06 anos a 28 anos. A de menor tempo tem 04 anos de união e apenas uma não tem companheiro. O tipo de união predominante é a união estável em 07 casos e 03 mães referem ser casadas.

A vida social destas mães é ativa com a maioria revelando sair nos finais de semana com uma frequência de 2 a 4 vezes por mês. Duas mães referiram participar raramente de atividades sociais. Os passeios com a família são bastante variados com

idas ao shopping, parques, praças, sítios, praia, igreja e festas na igreja, visita a familiares, jantar, cinema e teatro. Sendo que cada família tem entre 01 a 04 opções de lazer. A maioria, 08 delas tem 1 a 2 opções, 1 com três e somente 2 com quatro opções.

Quadro7– Modos de vida das mães participantes do estudo.

ID	Pessoas que moram juntas	Cômodos na casa	Material de construção da casa	Local da criança dormir
M1	Marido e 3 filhos	7	Alvenaria	Quartos individuais
M2	Marido e 2 filhos	5	Alvenaria	-
M3	Marido e 2 filhos	2	Alvenaria	Quarto dos pais
M4	Marido, 2 filhas e mãe	9	Alvenaria	Quartos individuais
M5	Marido e 2 filhos	4	Alvenaria	Um quarto para as crianças
M6	Marido e 2 filhos	3	Alvenaria	Quarto dos pais
M7	Marido	4	Alvenaria	No mesmo quarto
M8	Marido	4	Alvenaria	Quartos individuais
M9	1 filho	3	Alvenaria	No mesmo quarto
M10	Marido e 7 filhos	7	Alvenaria	Quarto das crianças
M11	Marido e 1 filha	6	Alvenaria	Quartos individuais

Fonte: Entrevista das mulheres participantes do estudo. Duque de Caxias (RJ), 2014.

Os modos de vida das mães estudadas, revelam habitarem todas em casas de alvenaria, sendo apenas uma delas muito pequena com 2 cômodos e uma grande com 9 cômodos. A média ficou com casas de 3 a 4 cômodos. As famílias não são numerosas, sendo a maioria das casas habitada por 4 pessoas, e em 3 delas moram apenas duas pessoas. Apenas em uma casa o número de pessoas era maior com 09 ocupantes. Interessante notar que metade das mães entrevistadas revela já ter um quarto específico para os filhos, e outra metade divide seu quarto com os filhos.

Este é um dado importante, pois neste estudo não evidenciou que o fato da criança dormir junto a mãe aumentava o período de amamentação. Ou seja, mesmo a criança possua um quarto para si, ainda continua tendo uma prática de aleitamento prolongado.

Ichisato, Simo (2002) em estudo de revisão referente ao desmame no decorrer da história, também não encontraram uma relação entre filhos que dormem no quarto dos pais com o desmame precoce. Destacam que o ato de amamentar além de ser um ato

biológico é antes de tudo sócio culturalmente condicionado, comprovando a hipótese de que amamentar é uma decisão da mulher, e varia muito em função do tempo e do lugar em que elas vivem, sendo influenciado pelos valores, crenças e condições sociais e econômicas da mãe.

Os dados estão coerentes com a pesquisa do Ministério da Saúde do PNDs (2006) onde encontramos que as construções dos domicílios e o número de pessoas por cômodo estão vinculados as condições de saúde da população. Refere à pesquisa, que os materiais para construção das moradias têm melhorado a partir de 1996, ocorrendo uma diferença entre a área urbana e rural. Mas alertam que nem sempre uma construção de alvenaria é uma construção salubre. Em muitos casos estas construções apresentam somente o tijolo sem o reboco e a pintura, o que pode causar problemas respiratórios, principalmente em crianças. Quanto ao número de pessoas por cômodo de 1996 a 2006 não teve mudança significativa sendo de duas pessoas por cômodo, o que é considerada satisfatória levando-se em consideração o tamanho destes cômodos.

Quadro 8 – Fatores Políticos e Legais das mães participantes do estudo.

ID	Líder político	Escolha de Liderança Local
M1	Não	Não conheço
M2	Não	Não conheço
M3	Vereador Boquinha	Não conheço
M4	Não	Não conheço
M5	Não	Não conheço
M6	Não	Não conheço
M7	Não	Não conheço
M8	Não	Não conheço
M9	Não	Não conheço
M10	Não	Não conheço
M11	Não	Não conheço

Fonte: Entrevista das mulheres participantes do estudo. Duque de Caxias (RJ), 2014.

O quadro revela o pouco envolvimento das mulheres com questões políticas, mesmo tratando-se de líderes políticos locais. Este fato pode ser melhor compreendido a partir da Pesquisa interdisciplinar realizada por Dauphin *et al* (1986) sobre os problemas do masculino/feminino. Nesta pesquisa, resgatam a questão de como a

cultura feminina no decorrer da história constrói-se no interior de um sistema de relações desiguais, onde as questões políticas sempre fizeram parte do mundo masculino. Trazem exemplificando um estudo sobre as burguesas do Norte da França no século XIX, referindo que as mulheres tiveram que modificar profundamente seu papel na sociedade, cabendo a elas o cuidado com a casa, a criação dos filhos e a administração da criadagem. Desta forma as mulheres começaram a construir uma representação de si mesmas, construindo seus próprios valores e crenças. Trazendo a pesquisa para o século XX, evidenciaram que a as mulheres de modo geral ainda tem dificuldades para quebrar as barreiras de alguns códigos sociais e culturais impostos pelo mundo masculino, perpetuando-se principalmente nas classes menos favorecidas socialmente, uma identidade feminina de esposa e mãe. Referem que mesmo para aquelas que conseguiram vencer as barreiras masculinas e adentrar no mundo do trabalho, ainda é muito pequeno o número de mulheres que tem um papel político mais ativo na sociedade.

Podemos dizer que, o ato de amamentar faz parte das representações que a mulher tem de seu papel, coerente com o estudo realizado acima, onde as mulheres do estudo estão mais preocupadas com a família e criação dos filhos do que com os problemas políticos.

Quadro 9 – Fatores Econômicos das mães participantes do estudo.

ID	Renda Familiar	Trabalha	Contribui na Fonte de Renda
M1	2000,00	Sim	Sim
M2	1500,00	Não	Não
M3	1100,00	Não	Bolsa família
M4	2100,00	Sim	Sim
M5	5000,00	Sim	Sim
M6	724,00	Sim	Sim
M7	724,00	Não	Aposentada
M8	1800,00	Sim	Sim
M9	724,00	Sim	Sim
M10	1400,00	Não	-
M11	Não sabe informar	Não	-

Fonte: Entrevista das mulheres participantes do estudo. Duque de Caxias (RJ), 2014.
Observação: Valor do salário mínimo à época da pesquisa R\$ 724,00.

Com relação à situação econômica financeira, seis mães trabalham fora e 05 ficam com o trabalho domiciliar. As mulheres que trabalham, somam seus rendimentos aos da família. O salário mais baixo é o de 03 mães cujo rendimento familiar corresponde a um salário mínimo. Uma das mães revelou ter renda familiar de 5 mil reais, e outras a renda variou de 1100 reais a 2100 reais. Uma das mães referiu receber bolsa família e 01 já é aposentada, vivendo dos rendimentos da aposentadoria. Duas mães não souberam informar sobre rendimentos próprios e uma delas também não informou a renda familiar.

M2 tentou trabalhar e desistiu pela dificuldade em conciliar a dupla jornada, a amamentação prolongada e não ter ajuda do marido.

[...]porque eu tinha que trabalhar né. Eu tinha que fazer as coisas de casa e trabalhava fora. O marido não ajudava em nada. (M2)

M5 trabalha e viveu o conflito da dupla jornada, o cuidado com os outros filhos, o marido e amamentação prolongada.

[...]Ainda mais a mãe que trabalha na rua, trabalha em casa. Eu já não tinha mais vida eu não tinha mais nada eu vivia em função dele. Já esquecia os outros filhos, já esquecia o marido também. Ele ocupava demais, é como eu fosse só dele. [...] (M5)

M3, que recebe bolsa família, referiu não conseguir trabalhar, pois ainda mantinha a amamentação prolongada.

[...]você quer trabalhar e não consegue, porque a criança fica dependente do peito” (M3)

A necessidade de trabalho é reconhecida pelos profissionais de saúde como um fator que interfere negativamente no tempo da amamentação.

Eu acho que a criança fica muito assim... é dependente da mãe. Ai de repente vai trabalhar e a criança quer ficar né, mamando tal, aquela coisa toda. (P2 Tec Enf)

[...] e até mesmo muitas mães não amamentam até mais tarde porque trabalham, não tem tempo. Sai muito cedo, chegam muito tarde. (P3 ACS)

O presente estudo evidenciou que maioria das mulheres trabalhava para ajudar no sustento do seu lar. Mas quando foram questionadas se trabalhavam no período em que amamentavam somente três mães disseram que não.

Logo, as mães que trabalhavam fora de casa amamentaram durante um maior período de tempo pelo sacrifício das mesmas e não por facilidades encontradas no ambiente profissional, o que nos remete ao estudo de Dauphin *et al* (1986) mencionado anteriormente.

Quadro 10– Fatores Educacionais das mães participantes do estudo.

ID	Estudou	Escolaridade	Motivo da interrupção do estudo
M1	Sim	Ensino médio completo	Gravidez
M2	Sim	Ensino fundamental completo	Condição financeira
M3	Sim	Ensino fundamental incompleto (até 6º ano)	Gravidez
M4	Sim	Ensino médio completo	Sem condição financeira para faculdade
M5	Sim	Ensino médio completo	Gravidez
M6	Sim	Ensino fundamental completo	Condição financeira
M7	Não	Analfabeta	-
M8	Sim	Ensino médio completo	Criação dos filhos sozinha
M9	Sim	Ensino fundamental incompleto (até 5º ano)	Gravidez
M10	Sim	Ensino médio completo	Gravidez
M11	Sim	Ensino médio completo	Gravidez

Fonte: Entrevista das mulheres participantes do estudo. Duque de Caxias (RJ), 2014.

A maioria das entrevistadas, 06, tem o ensino médio completo, 02 com ensino fundamental completo, 02 com ensino fundamental incompleto e apenas uma analfabeta.

A questão da educação revela o retrato das famílias brasileiras de baixa renda, onde o estudo é abandonado ou por problemas financeiros ou pela gravidez, o que ocorreu na vida de 07 mães entrevistadas.

Grande parte dos estudos indica a relação entre a escolaridade e o tempo de amamentação. Forman reavaliou vários estudos que evidenciaram uma associação negativa entre o tempo de escolaridade materna e a duração do aleitamento nos países em desenvolvimento. Entretanto, nos países desenvolvidos, mulheres com maior grau de estudo tendem a amamentar por mais tempo. (FORMAN, 1984, p. 74 *apud* ESCOBAR *et al*, 2002, p. 253).

No entanto, o trabalho de Giugliane et al. (2002) em Porto Alegre, averigou que, embora residir em um país em desenvolvimento, as mães acompanhavam o modelo dos países desenvolvidos, ou seja, aquelas com o maior nível de instrução amamentavam por mais tempo.

Esse resultado não foi compatível com o obtido neste trabalho, já que a duração do aleitamento materno por mais tempo foi positivamente influenciada por questões culturais e não pelo nível de escolaridade da mãe.

Os fatores mencionados acima nos quadros nos remetem ao que traz Leininger na representação gráfica do Modelo de Sunrise, em que os fatores culturais, econômicos, religiosos, educacionais, tecnológicos relacionados ao meio ambiente e a linguagem, determinam os modelos de vida da mulher em determinada sociedade e ou espaço geográfico, o que nos possibilita melhor entender as respostas das mães entrevistadas neste estudo.

Reis, Santos e Junior (2012), fizeram um estudo sobre mulheres sob a ótica da Teoria do Cuidado Cultural de Leininger, referem que a linguagem, a religião, o contexto social, o político, o educacional, o econômico influenciam a mulher nas suas condutas, em seus valores e nas suas crenças. Destaca-se, a partir de Madelaine Leininger, a importância de o enfermeiro desenvolver o cuidado não a partir da visão de mundo do enfermeiro, mas da visão de mundo das pessoas, o que possibilitará um melhor entendimento dos indivíduos, famílias e suas culturas. Salientam que quando se trabalha com mulheres o conhecimento de como vivem em seus aspectos econômicos, sociais, de lazer, familiar, relacional é muito importante para se desenvolver um cuidado centrado nas necessidades da mulher.

Ao procurarmos conhecer os aspectos culturais destas mulheres, o que estamos tentando realizar é uma aproximação de como ela se comporta na sociedade, das decisões que toma em relação à amamentação e de como estas estão impregnadas pelos valores e crenças de sua cultura e da realidade social que compartilham. Com este proceder procuramos nos afastar dos pré-conceitos que trazemos a respeito do tema, possibilitando que tenhamos uma melhor compreensão de suas decisões com relação à amamentação.

4.2 ESTRATÉGIAS PARA (DES)CONTINUIDADE DA AMAMENTAÇÃO PROLONGADA: SABER POPULAR E SABER PROFISSIONAL

Esta categoria discute as respostas maternas e dos profissionais da ESF sobre a amamentação prolongada, baseados nos conceitos de saber popular e saber profissional da Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

O conceito de cuidado é entendido como “fenômenos concretos e abstratos relacionados com a assistência, apoiando ou capacitando às experiências ou comportamentos para outros ou por outros com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar uma condição humana ou modo de vida” (LEININGER, 1991:46)

A prática do cuidar tem como objetivo identificar diferenças e semelhanças entre as culturas, influenciando sua aplicação na saúde ou no bem-estar dos diversos contextos culturais (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Leininger diferencia o cuidado em popular e profissional, utiliza duas denominações específicas: *emic* e *etic*.

Emic é o cuidado popular (genérico), refere-se ao conhecimento culturalmente aprendido e transmitido, tradicional ou popular, para prestar assistência, suporte, capacidade e facilidade aos atos para outro ou por outro indivíduo com necessidades de saúde evidentes ou antecipadas (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Etic é o cuidado profissional, e refere-se ao conhecimento e práticas, formalmente ensinados, aprendidos e transmitidos pelo profissional de saúde, através das instituições educacionais/profissionais. Assim é que as enfermeiras são orientadas a oferecer assistência e suporte ao indivíduo ou a um grupo a fim de melhorar sua saúde, prevenir as doenças, ou ajudar com a morte ou em outras condições humanas (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Na Teoria de Leininger, ambos os conhecimentos *emic* (conhecimento popular) e *etic* (conhecimento profissional) contribuem para o cuidado cultural de enfermagem. É importante destacar que o termo “intervenções de enfermagem” não é utilizado na enfermagem transcultural, pois ele é visto por várias culturas como demasiadamente controlador, o que representa uma imposição cultural da prática de enfermagem (LEININGER; McFARLAND, 2006). Desta forma, optamos por utilizar o termo “estratégias” para não conflitar com a autora supracitada, e poder ser adequado a todos os profissionais de saúde.

Então, da análise dos dados produzidos emergiram as estratégias tanto para a manutenção como para a descontinuidade da amamentação prolongada que são apresentadas em três subcategorias: 1) A prática da amamentação prolongada; 2) Benefícios e malefícios da amamentação prolongada; 3) As estratégias para o desmame na amamentação prolongada: saber popular versus saber profissional;

4.2.1 A prática da amamentação prolongada

Nesta pesquisa o objeto de estudo foi acerca da amamentação prolongada, ou seja, acima de 2 anos de idade da criança, porém, os participantes responderam com

diferentes conceitos sobre os tipos de aleitamento, para esclarecer ao leitor apresenta-se os utilizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009):

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

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

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

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

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

Para o Manual de Aleitamento Materno da UNICEF (2012, p.8)

O sucesso do aleitamento materno pode ser definido por uma amamentação mais prolongada. Existe hoje o consenso entre os pediatras de que a duração ideal do aleitamento materno exclusivo, ou seja, sem que seja oferecido ao bebê mais nenhum alimento, é de 6 meses.

Duas observações podem ser feitas com relação às citações acima. A primeira é que trouxemos do Ministério da Saúde os tipos de aleitamentos segundo a introdução ou não de alimentos, e a segunda, a definição da UNICEF que faz referência ao tempo de aleitamento exclusivo de 6 meses. Cabe lembrar que neste estudo, o que foi considerado como amamentação prolongada, foi a duração da amamentação acima de 2 anos, valorizando-se neste estudo, o tempo da amamentação e não a introdução ou não de outros alimentos.

Interessante salientar que alguns dos participantes, tanto as mães como os profissionais de saúde ao serem questionados sobre o tempo em que o bebê deve ser amamentado, responderam o período recomendado pelo Ministério da Saúde para aleitamento materno exclusivo, ou seja, de 6 meses.

Até seis meses. (M3)

Eu acredito que a amamentação prolongada é aquela a partir de seis meses, que tem que se orientar a mãe que amamente a criança até seis meses sem mais nada, somente leite materno. E a partir de seis meses eu acredito que seja prolongada, mas tem mães que levam até quatro e cinco anos de idade, então esta é a amamentação prolongada. (P3 ACS)

Pra mim é uma amamentação que passa daquele período necessário de seis meses que a criança precisa do aleitamento materno pra desenvolvimento, crescimento, pra mim é isso. (P6 Dent)

Eu acho uma bobagem. Acho que a mãe não deve ficar prolongando a amamentação por mais de seis meses desnecessariamente. (P7 Tec Enf)

A amamentação prolongada pra mim é, referente a que se dá após os seis meses e que não tem prazo para findar, mas acho que o exagero é partir de mais de 1 ano de idade. (P9 Dent)

Isto está coerente com os documentos oficiais sobre amamentação, sendo que no Manual de Aleitamento da UNICEF (2011, p11) encontramos a seguinte orientação aos profissionais de saúde:

Neste primeiro contato devem veicular-se conhecimentos sobre a prática e a técnica do aleitamento materno, averiguar-se os conhecimentos e atitudes dos futuros pais face ao aleitamento materno e a existência, ou não, de mitos relacionados com a amamentação. Parece especialmente importante a definição prévia da duração do aleitamento materno, pelo que a futura mãe deverá ser motivada para um maior compromisso em termos de amamentação. (UNICEF, 2011:11)

Com relação à amamentação prolongada a maioria dos profissionais entrevistados, afirmam que a mesma é quando a mãe amamenta a criança até dois anos ou mais de idade, como pode ser percebido nestes relatos:

É a mãe que amamenta a criança até dois anos ou mais. Mais na minha micro-área onde eu trabalho, existem poucas mães que amamentam, porque tem a necessidade de ir para o trabalho é muitas precisam é fazer algum tipo de tratamento que pode passar através do leite né. Então muitas amamentam realmente só até um ano, ano e dois meses, um ano e meio no máximo. Mas eu tenho inclusive uma cadastrada minha que amamenta até hoje. A criança já vai completar três anos em outubro né, estamos em maio. Então ela amamenta a criança toda noite. (P1 ACS)

Acho que a amamentação prolongada é amamentar criança de 4 e 5 anos . Até de 6 anos eu já vi criança mamando. Nessa faixa etária assim, pra mim já é prolongada. (P2 Tec Enf)

A amamentação acima de dois anos de idade. (P4 Enf)

Pra mim é, a prolongada é a amamentação além do tempo estipulado. Pode durar um ano, dois anos, três anos, quatro anos, enquanto a mãe não se irritar com a criança né, ela pode oferecer o peito que é vantagem pra criança em termo de saúde. (P5 ACS)

É a amamentação se dá acima de dois anos para a criança né. (P8 Enf)

O Ministério da Saúde considera a amamentação exclusiva até 6 meses e complementar a até dois. Eu considero depois de dois anos a amamentação prolongada. (P11 Med)

Ou seja, os profissionais, imbuídos do saber *etic* reafirmam o discurso científico e político, já que “a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até dois anos ou mais”. (BRASIL, 2009, p.12).

Com relação às mães participantes M8 e M9 referiram o discurso oficial do aleitamento exclusivo, mas aumentam o tempo, sendo que M8 argumenta o porquê de uma escolha em amamentar por mais tempo:

Bom! O certo é até seis meses né um ano mais o menos. Mas aí se a mãe quiser até dois anos ou mais. Depende muito da mãe se trabalha fora essas coisas. (M8)

Bom os médicos dizem que até seis meses. Mas eu acho que é até um aninho. (M9)

Ainda com relação à duração da amamentação, houve participante que não referiu um tempo cronológico ideal para a manutenção da amamentação. M5 nos fala no desejo da mulher querer manter o processo.

Na verdade pra mim não existe um tempo. Eu acho que a amamentação tem que ser até quando a gente mãe queira amamentar né. Questão de tempo pra mim, não tem um tempo certo não. (M5)

M1 e M2 respondem que o tempo de amamentação é definido pelo desejo do filho.

Eu acho que é até quando ele quiser. (M1)

Acho que até quando ele quiser né. (M2)

Carrascoza *et al* (2005) ao analisarem as respostas à questão sobre os motivos da manutenção da amamentação após o primeiro ano de vida da criança, encontraram que as mães referem sentimentos de prazer, e outras referem que continuam a amamentação porque o filho deseja, imputando a culpa do prolongamento da amamentação ao filho. Destaca-se que: “O prazer em manter a amamentação da criança e o desejo de não parar de amamentar sugerem valores coerentes e crenças muito íntimas, provavelmente resultado de fatores presentes no ambiente destes indivíduos, tanto doméstico quanto dos serviços de saúde utilizados.” (CARRASCOZA *et al*, 2005:275)

No Manual da UNICEF (2012) encontramos que a decisão de amamentar é sempre uma decisão pessoal e da mãe que sofre a influência de sua socialização. Destaca que a maioria das mulheres quando indagadas porque amamentam não sabem responder o que as motivam. Acreditam que mulheres que vieram de famílias onde o aleitamento materno era praticado de maneira natural, que cresceram em um ambiente onde a amamentação era uma prática familiar, com transmissão de saberes intergeracional tinham mais sucesso na amamentação de seus filhos.

Interessante notar que esta observação da UNICEF corresponde com os pressupostos do cuidado cultural de Leininger, onde a visão de mundo, as dimensões da

estrutura cultural e social onde vivem as mulheres têm forte influência em seu comportamento com relação às práticas de saúde.

Trazendo esta questão para a pesquisa realizada, verificamos que o único profissional que abordou reconhecer a questão cultural da amamentação foi a enfermeira P8:

“[Silêncio]. Olha eu acho que muitas vezes ela se dá por um processo mesmo cultural da mãe de querer estabelecer e prolongar esse vínculo [...] Acho que é muito cultural sim, esta questão sim. Da mãe querer permanecer com esse vínculo. (P8 Enf)

No entanto, esse fator cultural, familiar, intergeracional pode ser percebido na resposta das mães participantes se algum membro da família materna foi amamentado por mais de dois anos de idade, somente uma não sabia informar:

Tem a minha irmã. Mamou até 6 anos. (M1)

Tenho sete irmãos e todos nós mamamos muito, Eu mamei até 5 anos (risos..). (M2)

Sim. Meu irmão mamou até 6 anos e minha mãe até os 4 anos. (M3)

Sim. Minha mãe, minha avó, tias. Mamaram até 5 anos. (M4)

Minha mãe. A minha avó costumava falar que minha mãe mamou um bom tempo. Uns dois a três anos também. (M5)

Acho que o irmão largou o peito com dois anos. (M6)

Quase todo mundo (risos). Tias e irmãs. (M8)

Eu. Mamei até uns quatro anos assim. (M10)

Sim, meu tio. (M11)

Confirmando os relatos acima, Noirhome-Renard, Farfan-Portet, Berrewaerts (2006), referindo-se as motivações que levam a mãe a aderir a uma amamentação prolongada (que eles consideraram ser de 6 meses por falta de estudos com mães que amamentaram por tempo maior), destacam o apoio familiar, a convivência com outras mulheres que realizavam a amamentação, e ela mesma ter sido amamentada. Referem, que este aspecto intergeracional da amamentação conferiu as mães uma experiência positiva e um nível mais elevado de confiança em sua capacidade de amamentar por mais tempo. Destacam que em famílias que tem hábito de amamentar, tem desejo de ajudar a mãe principalmente se é primípara, passando a ela suas experiências o que ajuda a nova mãe a diminuir a ansiedade e se necessário corrigem informações recebidas dos profissionais de saúde, as quais não conseguiram entender corretamente.

Segundo Nakano (1996, p. 130), as mulheres que amamentam, trazem suas mães dentro de si nesse período da vida como exemplo interno, e ressalta que “a mulher

reproduz as normas, hábitos, valores e a própria ideologia de sua classe social, apesar de que, muitas vezes, não tenha consciência desse poder”.

Nakano (1996, p. 107) ainda acrescenta que:

Na dinâmica do cotidiano de amamentar o filho, a mulher se envolve em constantes interações sociais intra e extra familiares, com troca de saberes, produzem e reproduzem uma complexa e dinâmica trama de emoções, onde os indivíduos envolvidos a cada momento, revêem e discutem seus valores e seus comportamentos, em função das necessidades sentidas e também de acordo com as possibilidades oferecidas pela sociedade em que se inserem.

De acordo com o exposto acima, o profissional para obter um cuidado centrado no cliente, deverá considerar a pessoa como um todo, não apenas parte ou até mesmo considerar somente uma queixa. Na maioria das vezes, no atendimento os fatores culturais e sociais são esquecidos ou deixados de lado.

Se o aleitamento materno fosse determinado pelo instinto, sua prática seria um consenso percebido em todas as épocas e sociedades, porém o processo do aleitamento perpassa pela dinâmica cultural. (ICHIASATO e SHIMO, 2001, apud BACCO, 2007, p.51).

Almeida (2004, p.135) afirma que “a amamentação não é uma prática meramente instintiva, mas é um ato fortemente influenciado pela vivência da mãe-nutriz em sociedade, isto é, contexto sociocultural se sobrepõe aos determinantes biológicos”.

Das mães participantes desta pesquisa, apenas 4 consideraram que não tiveram problemas durante a amamentação e as intercorrências de outras mães estão coerentes com as encontradas nos Manuais de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, UNICEF dentre outros organizados para capacitação e treinamento dos profissionais de saúde e ou de orientações par as mães.

Foram relatados problemas com as mamas puerperais, dor mamilar, rachaduras, fissuras, ingurgitamento mamário (leite empedrado), pega incorreta do bebê, mas que foram superados tanto que vivenciaram a amamentação prolongada.

Só no início que ela pegou errado (risos). (M1)

Tive vários problemas. Rachadura no peito, sangramento, a dor né. Por que amamentar tem que ter coragem e acima de tudo força de vontade. (M5)

Só o meu peito que rachou. (M6)

O leite empedra eu tinha que colocar farinha (risos). Tinha que ter saco mesmo. Naquela época era uma pobreza da nada. O peito fazia aquelas bolas. Tinha aquelas bombas que doía também. E eu sozinha, não tinha cunhada, não tive ninguém pra me orientar, porque minha mãe morreu me deixou com três anos de idade. Agora não vejo mulher nenhuma sofrer com isso. Hoje tá tudo normal, tudo legal (risos). (M7)

Ah! O bico do peito ficou machucado né. (M10)

Os resultados desta pesquisa estão de acordo com o encontrado por Noirhome-Renard, Farfan-Portet, Berrewaerts(2006), ao referirem que a presença de dificuldades ligadas ao aleitamento são frequentes, sobretudo nas primeiras 4 semanas referindo que as mais comuns citadas pelas mães foram: dores nas mamas, mastites, fissuras nos mamilos e muito cansaço. Destacam em seu estudo, que as dificuldades relatadas não impediram as mães que quiseram amamentar continuassem com o aleitamento, mas referem que a ausência de complicações pode ter uma influência positiva no processo de amamentação. Enfatizam que a maioria das dificuldades podem ser prevenidas e que os profissionais de saúde devem estar alertas para intervenção precoce de maneira que este não seja um motivo para o desmame precoce.

Neste estudo, o que parece ter contribuído para a manutenção da lactação foi a amamentação sob livre demanda, como podemos ver nos depoimentos a seguir:

Todas às vezes é ela que procura. (M1)

Ah! Eu dava bem dizer toda hora. Sempre que chorava. Chorava ai eu dava de mamar. Eu acostumava mal. Aí cresceu daquele jeito né. Qualquer motivo que abria a boca pra chorar, já era motivo pra vim pedindo peito. (M5)

A princípio quando nasce é de três em três horas. Depois sendo a critério deles (risos...). (M8)

Na pesquisa de Noirhome-Renard, Farfan-Portet, Berrewaerts(2006), a prática de um aleitamento em horário fixo apareceu ligada a uma redução da duração do aleitamento, destacando que o recomendado é que o aleitamento deve ser feito em livre demanda. O fato das mães participantes terem realizado a amamentação em livre demanda vem comprovar que este método é o mais indicado para uma amamentação de maior duração.

Ao serem questionadas sobre o uso de mamadeira e/ou chupeta, 5 das mães participantes negaram que as seus filhos usassem, apesar de algumas oferecerem:

A mais nova, a mais velha eu tentei mais não consegui. A que mamou por mais de dois anos não pegou nada. (M4)

Ninguém quis chupeta e mamadeira também não. (M7)

Não. Apesar de ter tido várias tentativas, várias chupetas, várias mamadeiras. Ele nunca aceitou bico nenhum. A não ser o peito. (M5)

Já 6 mães relataram que (algum de) seu(s) filho(s) fizeram uso de chupeta e/ou mamadeira:

Depois assim, comidinha, mamadeira depois de seis meses. Dava uma papinha, suco. O mais velho era colherzinha sempre, depois que veio a mamadeira. Já ela chupou chupeta até os 8 anos, mais foi dengosa. (M8)

Ainda nos apoiando no estudo de Noirhome-Renard, Farfan-Portet, Berrewaerts(2006), verificamos que os dados obtidos nesta pesquisa, foram bastante semelhantes aos obtidos por estes autores. Referem que foi observada uma associação negativa entre a introdução da mamadeira e chupeta e a duração do aleitamento materno. Verificaram que o uso de mamadeiras e chupetas foi mais comum entre as mães que apresentaram problemas no aleitamento como mastites e fissuras dentre outros. Acreditam que o fato das mães ou avós insistirem para introduzir a chupeta deve-se mais aos aspectos culturais porque é comum nos meios de comunicação, nas ruas e outros espaços onde existem crianças pequenas, elas estarem com uma chupeta na boca.

Quando questionadas se receberam orientação para armazenar e administrar o leite materno ordenhado, dentre as 11 mães entrevistadas, 5 referiram não ter recebido nenhuma informação:

Ah! Na época não, os médicos, eles falaram que era pra amamentar até os seis meses. Não me falaram nada pra congelar, nada não. (M9)

Das 6 mães que receberam orientação para a ordenha, armazenamento e administração do leite ordenhado, 4 foram através dos profissionais de saúde dos hospitais/maternidade e/ou na ESF, ou seja o saber *etic*; 1 no hospital e depois por sua mãe havendo a congruência do saber *etic* e *emic*; e 1 foi orientada pela sua sogra, o saber *emic*.

Sim. A enfermeira. (M1)

Sim. Primeiros os médicos orientam a dá a amamentação a criança e depois a minha mãe. (M3)

Sim. Era o meu sonho. No começo eu tinha bastante leite e eu estava de licença maternidade. Eu tive ele no Hospital X, né. E lá eu fui orientada que se eu tivesse muito leite pra eu armazenar que os bombeiros vinham buscar. Eles vinham na minha casa buscar. Deixavam os vidrinhos eu enchia, aí eles levavam. Eu fiquei muito feliz com isso ajudando outras crianças. Mas quando eu comecei a trabalhar eu percebi que a quantidade de leite já não era mais a mesma e eu já não conseguia mais tirar. Os próprios médicos me orientaram e também foi de mim. Eu procurei e liguei, procurei me informar pra saber como eu fazia pra doar o leite. (M5)

Sim. A minha sogra. (M6)

Com certeza. Esterilizar os vidros que guardava. Recebi a orientação no posto. Geralmente é a enfermeira que orientava. (M8)

Com um resultado semelhante, Bianchini e Kerber (2010) encontraram que as mulheres foram incentivadas a amamentar nas consultas de pré-natal, nas visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, mas mesmo assim, seis mulheres referiram não ter recebido orientação dos profissionais, mas apenas dos familiares, ou seja, o conhecimento que obtiveram a respeito da amamentação veio do saber popular.

Para Sonogo *et al* (2004, p.342),” amamentar constitui-se em uma tarefa que ultrapassa as barreiras do querer”. A amamentação constitui-se em um advento cultural e também social, e por conta disto muda conforme a época, os costumes e os valores que são transmitidos de geração a geração. Referem que durante todo período de amamentação a mulher deve ter orientação dos profissionais de saúde para se sentir amparada e segura sobre sua conduta, podendo pedir ajuda quando for necessário.

De acordo com modelo de Sunrise de Leininger, a enfermagem fica entre os sistemas populares e os sistemas profissionais, e deverá encontrar no desenvolvimento do cuidado, indivíduos, grupos e instituições embricados em ambientes diversificados, e movidos por um sistema de crença e valores muito particulares. Daí a importância de conhecer as pessoas que a procuram, de estar atenta as suas necessidades e para efetuar um cuidado coerente com as pessoas que a procuram e não partindo apenas do seu conhecimento profissional.

4.2.2 Benefícios e malefícios da amamentação prolongada

Quando os profissionais foram questionados sobre os benefícios da amamentação prolongada, as respostas abordaram a questão nutricional, imunológica e o fortalecimento do vínculo mãe-filho, como pode ser observado a seguir:

Que eu saiba que ela vai tá com a saúde bem melhor, além dessa parte psicológica, do carinho, aquela, aquele aconchego no colo da mãe, de senti ali a mãe junto dela. Então acho que isso já é uma grande coisa assim que a criança vai é se sentir protegida. Além que realmente o leite materno ele dá também essa proteção, acredito a nível de imunidade né, que aumenta a imunidade. (P1 ACS)

Olha! Pra mãe seria o prazer da amamentação. Agora para a criança envolve muito a, evitar as infecções respiratórias, anticorpos no desenvolver da criança, uma saúde melhor. (P5 ACS)

Acho que o único benefício seria só a questão da afetividade. (P9 Dent)

Eu acho que o vínculo mãe-bebê é o mais importante aí né. E a questão nutricional e imunológica, também, é tudo isso. (P10 Med)

Benefício depois de dois anos poderia ser alguns anticorpos que poderá a mãe passar para o bebê, mas os anticorpos que são bons para eles seriam nos primeiros meses de vida, nos primeiros seis meses. Depois eu considero bem como um vício que o bebê tem de vínculo com mãe. Que utilizam para dormir, entreter, tá. Uma coisa que soma, mas benefício como tal assim, pra mãe o aleitamento por um tempo, nos primeiros seis meses para a regressão das alterações no corpo, do útero e essas coisas. Benefício seria esse vínculo mãe e filho. Esse vínculo afetivo é sempre muito bom, tá. Mas isso deveria ser até os 3 a 4 anos, independente, esse vínculo afetivo é bom. Mas de benefício assim só os anticorpos e o vínculo afetivo. (P11 Med)

Houve relatos dos profissionais questionando a validade nutricional do leite materno na amamentação prolongada:

Mesmo porque não tem nem mais, acredito eu nem nutrientes ali que vá, como se diz... não vai beneficiar a saúde da criança. (P7 Tec Enf)

As mães quando foram questionadas se sabiam de algum benefício que a amamentação prolongada poderia trazer para mãe e para a criança, não souberam responder. As outras 8 participantes incorporaram o saber *etic* dos profissionais e falaram sobre: a questão imunológica de proteção à criança, prevenir doenças como a desidratação, câncer e o aumento da inteligência da criança. As mães sabiam mais benefícios para a criança do que para si mesma. O único ponto comum é o reconhecimento que a amamentação prolongada traz benefícios, como podemos contatar nas falas a seguir:

Prevenção de câncer e a criança fica muito inteligente. Pra mãe eu já não sei. (M1)

Pra criança eu sei que evitar doenças né. Pra mãe eu não sei. (M2)

Eu acredito que evita doença na criança. E a mãe também que amamenta, eu acho que ela tem menos riscos de ter câncer de mama. (M5)

Pra criança eu sei que evitar vários tipos de doenças né. É o melhor alimento, pra criança. (M6)

Eu tenho a impressão que deva fazer muito bem. Assim, quando vêm as doenças mais graves né. A criança era mais assim, reforçada pra aguentar as doenças por causa do leite materno né. E quando tinha desidratação naquela época né. E as crianças mamando era outra coisa. Meu filho mesmo teve desidratado, meu caçulinha né. Mas ele mamava né. Então acho que a doença sempre dá mais eles ficam com mais resistência né.”(M7)

Pra mãe eu não sei. Mas pra criança é bom né. Produz muita imunidade. Evita muita doença. (M8)

Pra crianças eu sei que evita dela ficar doentinha à toa. Agora pra mãe não sei. (M9)

Pra mãe é, o que eu ouvia a dizer né que era mais difícil a mãe ter corocos no seio né. Câncer mesmo e pra benefício da criança é o próprio leite né, que é algo assim vindo de Deus. Que eu sinto que é muito bom pra criança. (M11)

Porém, em relação ao benefício para a criança, Martins e Giugliani (2012) se apoiando no que refere a OMS, consideram que o AM por 2 anos ou mais, previne muitas mortes no segundo ano de vida, assim como o sobrepeso e a obesidade em pré-escolares. Referem os autores que uma maior duração do AM por dois anos ou mais esteja associada ao melhor desempenho cognitivo do indivíduo. Já para as mães, espera-se que para cada ano de amamentação ocorra uma redução de 4,3% do risco de câncer de mamas e de 15% do risco de diabetes, e que para cada mês de amamentação o risco de câncer de ovário seja 2% menor.

O Ministério da Saúde também ressalta os benefícios como: a prevenção de mortes infantis, diarreia, infecções respiratórias, alergias, diminui do risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes, reduz a chance de obesidade, melhor nutrição, efeitos positivos na inteligência, melhor desenvolvimento na cavidade bucal, promoção do vínculo afetivo entre a mãe-filho e melhor qualidade de vida (BRASIL, 2009).

Nota-se que a maioria dos profissionais e das entrevistadas não sabiam relatar muitos benefícios para as mães.

Os profissionais trazem uma visão mais pessimista da amamentação prolongada, considerando-a como um malefício, quando a relacionam aos problemas nutricionais:

Eu não sou a favor (risos) A menos que não interfira na alimentação caseira da criança. Aí tudo bem. Mas se a criança é, substituir os alimentos pela amamentação eu só contrário já que é um tempo extra. No meu entendimento, não é mais tempo para amamentar. É tempo da alimentação caseira de toda família. (P4 Enf)

Conheço. Inclusive eu conheci uma amiga minha. A filha dela ficava no peito até os 5 anos de idade. A menina as vezes deixava de almoçar, por que a comia uma colherzinha de comida e ficava agarrada no peito. E saia aquele leite que não tinha. A garota era subnutrida. O médico falava com ela tinha que dá alimentação pra criança saudável ela falava não, não a minha filha ainda mama no peito. O médico várias vezes explicou pra ela que a menina estava desnutrida por causa daquilo tudo. Quer dizer eu acredito que isso seja um malefício por que a menina, ela achava que o peito dela estava alimentando a menina de alguma forma e não estava. Porque a menina não comia mais nada só queria fica grudada no peito. Na época ela estava com 4 anos de idade. (P7 Tec Enf)

[...] quando a amamentação prolongada atrapalha a adesão da outra alimentação né, aí é um malefício. (P10 Med)

Mantendo um contraponto a estes relatos, sabe-se que o leite humano continua sendo uma importante fonte de Vitamina C, de vitamina A, de proteínas, além de

continuar protegendo contra doenças infecciosas. Pesquisas realizadas pela OMS em três continentes revelam que as crianças não amamentadas após o segundo ano de vida, “tinham uma chance quase duas vezes maior de morrer por doença infecciosa quando comparadas com crianças amamentadas” (BRASIL, 2009).

Carrascoza et alii (2005, p.272) ponderam que nos países industrializados a amamentação prolongada tem pouca influência no estado nutricional das crianças, mas em locais de carência socioeconômica o prolongamento da amamentação após o primeiro ano de vida “parece exercer um benefício nutricional significativo ao processo de crescimento físico e desenvolvimento das crianças”.

Alguns profissionais ficam na dúvida entre se traz benefício ou malefício, como podemos evidenciar nas falas abaixo:

[...] acho que o que traz benefício, acho meio confuso também com malefício, porque ao mesmo tempo que essa criança cria esse vínculo e fica próxima isso pode fazer que a criança desenvolva, se desenvolva com uma criança mais segura, enfim, acho que isso pode criar uma dependência muito grande assim. (P8 Enf)

Eu estou de acordo com a amamentação prolongada, só se de alguma forma essa amamentação prolongada estiver interferindo no desenvolvimento e alimentação dessa criança, tá. Por que às vezes as crianças só querem tomar o leite materno, tá. Inclusive, como vou falar. (Risos). Inclusive, eles não gostam de leite, tem muita experiência que eles não gostam de leite e outros alimentos e aí sim é um problema, tá. Sempre quando uma criança puder tomar o aleitamento materno junto com uma alimentação balanceada e saudável para ela, não vejo nenhum problema. Só considero problema quando a criança só quer tomar aleitamento materno e deixar de ingerir alguns alimentos imprescindíveis para o seu desenvolvimento. (P11 Med)

Trazendo o saber popular para esta discussão, dentre as 11 mães participantes, quando questionadas se a criança apresentou dificuldades de ingerir outros alimentos durante o período de amamentação, 5 não relataram problemas, ofertaram precocemente diferentes alimentos, como exemplificado a seguir:

Ah! Eles comiam tudo sempre. Graças a Deus, banana, laranja. Eu trabalhava na feira. Eu vinha cheia de frutas aí eles comeram. (M7)

Quando completou três meses eu já dei comida. (M9)

Com três meses eu dei sopinha. (M11)

O mesmo ocorreu na pesquisa realizada por Moraes et al (2010) onde houve a introdução de outros alimentos juntamente com o aleitamento materno, como papinhas, frutas, chás, sucos e água. Refere o autor que as mães de seu estudo, que não

permaneceram com aleitamento exclusivo, referem o fato a não aceitação do lactente ou porque o bebê tinha menos de um mês de vida.

Enquanto que 6 mães relataram dificuldades em introduzir alimentos, exemplificados nas falas a seguir:

Sim. Só queria mamar. Não podia me ver que queria mamar (risos). E passou um bom tempo assim. Mas comia, pois eu só dava o peito depois que comia comida. (M2)

Porque a criança que amamenta ela não quer comer. Pelo menos o meu filho era assim. Ele não queria nada. Ele vivia em função o peito mesmo. Pra ele era só aquilo que existia. E com isso, atrapalhava vida dele e a minha também. (M5)

Sim, eles trocam a alimentação pelo mamar. (M10)

Briend e Bari (1989, apud Carrascoza et alii 2005), realizando uma pesquisa com 1087 crianças, com idade entre 12 e 35 meses, da zona rural de Bangladesh, encontraram resultados contraditórios com relação a amamentação prolongada e a desnutrição infantil. A pesquisa revelou um percentual maior de crianças desnutridas entre aquelas que eram mantidas em aleitamento prolongado do que entre aquelas que interromperam a amamentação antes do primeiro ano de vida. Porém encontraram que o risco de óbito por doenças infecciosas era seis vezes maior entre as crianças não amamentadas do que entre as que estavam em aleitamento e apresentavam desnutrição. Diante disto, acreditam que em locais de carência socioeconômica o aleitamento prolongado constitui-se em um fator positivo para combater a mortalidade infantil.

Percebe-se que o maior problema relatado tanto pelo saber profissional quanto pelo saber popular é com relação ao aceite de outros alimentos, o que pode levar a criança a ficar desnutrida, havendo necessidade de um maior controle por parte dos profissionais de saúde. Diante disso torna-se necessário que os profissionais de saúde tenham em mente que devem orientar a mãe que a amamentação não poderá substituir a alimentação da criança. Ou seja, a alimentação da criança acima de dois anos deverá ser a mesma da família, a mãe só poderá ofertar a mama após as refeições. Mesmo respeitando as crenças da mãe, ela deve ser informada de que a criança deverá consumir a quantidade de alimento necessário para alcançar o seu potencial genético de crescimento.

Os dois dentistas entrevistados não são favoráveis à amamentação prolongada, tanto pela dependência emocional da criança pela mãe, como a questão da cárie.

Bom, as poucas experiências que eu tive com as mães eu não achava que seria uma coisa boa. Eu acho, principalmente porque, normalmente tem uma

característica noturna. Pra minha área de odontologia isso pode levar a lesão de cárie né. Eu estou vendo pelo meu lado profissional e o relato das mães também que sempre falam que estão muito cansadas e que existe uma dependência emocional muito grande. Então eu não acho que seja uma coisa, que seja benéfica, mas. (P6 Dent)

(Silêncio) Acho que eu. Hummm (risos), amamentação acho que, muito pelo... (silêncio) é ... Sinceramente, não acho muito válida, mas acho que é, uma coisa meio que apego entre a mãe o bebê. (P9 Dent)

É importante destacar também que a amamentação previne com qualidade e eficiência disfunção das funções orais, pois:

“...por meio do estabelecimento correto das estruturas duras e moles, propiciando uma tonicidade adequada de toda musculatura do aparelho estomatognático, correta postura da língua e lábios em perfeito vedamento labial. Possibilita, também, uma adequada respiração com padrão nasal, além da nutrição e dos aspectos emocionais, correta postura da língua e lábios em perfeito vedamento. A maturidade neural, a evolução e a adequação das funções orais são funções vitais e fisiológicas que dependem de exercícios oriundos da amamentação natural e por meio desta garantirão mais que a sobrevivência, mas uma melhor qualidade de vida (LEMOS et. al., 2012).

Com relação às cáries em pesquisa realizada por Paula e Dadalto (2000 apud CARRASCOZA, 2005) em um levantamento epidemiológico realizado com 311 crianças de 0 a 3 anos, observaram que entre as crianças de 2 e 3 anos e meio que foram amamentadas por mais de 1 ano de vida, houve um maior potencial para o desenvolvimento da doença cárie, além de uma higiene bucal mais deficiente.

O leite materno possui em sua composição bioquímica a lactose, sendo um dissacarídeo que se divide em dois carboidratos menores (monossacarídeos) que são a glicose e a galactose. Na verdade, a lactose possui um menor potencial na produção de polissacarídeos extracelulares (PEC) quando comparado com outros monossacarídeos (glicose, frutose) que são encontrados em alimentos composto por sacarose. O PEC é considerado um elemento importante para aumentar a cariogenicidade do biofilme dentário (LEMOS et al., 2012).

Outro aspecto de grande relevância na composição do leite materno é a presença de cálcio de fósforo. O leite materno ainda possui uma proteína denominada caseína, e esta tem a eficácia de estabilizar grânulos de cálcio e fosfato²⁹⁻³⁰, além de ter evidenciado um efeito na diminuição da aderência bacteriana (LEMOS et al., 2012).

Para Lemos et al.(2012), o aleitamento materno traz um risco mínimo para o desenvolvimento de cárie. Assim, a lactose evidenciada no leite materno não pode ser considerada o fator mais expressivo para este fato, mas pode ser potencializada pela presença da sacarose introduzida na alimentação da criança.

Ao observar a literatura verificamos que existe uma intensa discussão sobre a amamentação prolongada e o surgimento da cárie. Mas para proporcionar maiores benefícios para criança que está vivenciando a amamentação prolongada as mães deverão ficar atentas aos seguintes fatos: O método mais eficaz e simples para a prevenção desta patologia seria uma boa higiene bucal. Cabe o questionamento se é realmente a amamentação prolongada que favorece a cárie ou simplesmente este aumento se dá pela introdução de outros alimentos contendo sacarose e a prática de uma higiene bucal precária ou ineficaz.

As mães também revelaram nas entrevistas preconceito sofrido por terem optado pela amamentação prolongada, conforme podemos perceber nas falas seguintes:

[...] Falava pra ele que já tinha três anos, era feio ficar mamando no peito na rua, porque as pessoas ficam olhando e também os coleguinhas ficaria zuando. (M3)

Só tinha vergonha de dá peito na rua, porque como o meu filho era grande eles olhavam. As vezes até a família falava já tá grande pra mamar. (risos) (M7)

Então na rua, por exemplo, meu filho ficava querendo mamar no meio da rua. Eu tinha que tirar o peito no meio da rua. Ela já com quatro anos, o pessoal na rua ficava reparando. Tipo assim, essa dificuldade, é isso aí é ruim para gente, porque passa constrangimento. (M10)

Os profissionais percebem este problema, mas como a amamentação prolongada não é uma prioridade da política de saúde, que destaca maiores problemas com o desmame precoce e não com a amamentação após os 2 anos, poucos profissionais tem conhecimento de como agir nestes casos e alguns demonstram certo preconceito a respeito do aleitamento prolongado. As mulheres que vivenciam a amamentação prolongada não são vistas como um “problema”, visto que são exceção e suas necessidades de saúde por vezes não são valorizadas.

Ao se questionar de que forma o profissional da ESF percebe a participação da equipe da Saúde da Família na amamentação prolongada, as respostas enfatizaram o acompanhamento pré-natal, puerpério, incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos 6 primeiros meses, visto que é um indicador de saúde importante.

Normalmente não é visto com bons olhos por ninguém. As pessoas acham que já está grande demais pra amamentar. Então não tem esta orientação assim. Eu não oriento (risos...), pediatra também não orienta, o médico clínico né que atende todo mundo também não orienta pra prolongar. Os ACS também não orientam nesse sentido. A única orientação é do tempo exclusivo e depois deste desmame ali com os alimentos. Mas acima de 2 anos não é nem bem visto. As pessoas criticam mesmo. Ah tá uma criança tão grande mamando. Como se fosse vergonhoso (risos...) (P4 Enf)

Mas muitas pessoas não aceitam, tem um certo preconceito. (P1 ACS)

Neste estudo foi difícil encontrar artigos que abordam a questão do aleitamento prolongado e o preconceito sofrido pelas mães que tem esta prática. As poucas referências foram encontradas apenas em blogs e sites que defendem a amamentação prolongada e ajudam a combater o preconceito. Podemos destacar alguns deles, como por exemplo: De peito aberto – Vila mamífera, libertas.com, Aleitamento.com, bebe.com.br, babycenter entre outros.

Mesmo na literatura estrangeira foram poucos os sites que abordavam a amamentação prolongada, mas no Blog www.lacteo.org/allatement encontramos um artigo do dia 07/1/2007 em francês, sobre “L’allaitement long et le sevrage naturel” (o aleitamento longo e o desmame natural) onde pode-se ler a seguinte citação e a seguir a tradução livre do autor desta pesquisa:

L’allaitement prolongé n’est pas contre nature, et encore moins incestueux. Il n’empêche pas l’enfant d’avoir un développement équilibré ni de devenir plus autonome. Votre enfant continue à recevoir ce qu’il y a de meilleur pour lui, et il bénéficie toujours des bienfaits psychologiques et physiologiques de l’allaitement maternel. Souvent l’entourage considère que l’allaitement n’est plus associé à un enfant de plus d’un an, et pense que le sevrage doit alors être imposé. Plus votre enfant grandira, plus on vous répètera que votre enfant n’a plus besoin de téter. Mais ce choix n’appartient qu’à vous : c’est vous qui conviendrez de ce qu’il y a de mieux pour votre enfant. Le sevrage naturel se fait progressivement. Il peut débuter dès 10 mois, ou plus tard vers 2-3 ans. Comme le lait maternel change avec l’âge de l’enfant, il reste donc son aliment idéal. Au fur et à mesure que l’enfant grandit, il découvre de nouveaux centres d’intérêt, et s’éloigne de plus en plus souvent de sa mère. Les tétées sont plus espacées. Elles restent cependant des moments importants lorsqu’il a encore besoin de réconfort. Cependant, ce n’est pas l’enfant seul qui décide de se sevrer. La mère peut, petit à petit, influencer ce processus, étapes par étapes, jusqu’à ce que l’enfant soit prêt à l’accepter.

“O aleitamento prolongado não é contra a natureza e ainda menos incestuoso. Ele não impede a criança de ter um desenvolvimento equilibrado nem de tornar-se mais autônomo. O seu filho continua a receber o que tem de melhor para ele, e ele se beneficia sempre dos benefícios psicológicos e fisiológicos do aleitamento materno. É comum as pessoas Muitas vezes, a comitiva considera que a amamentação não é mais associado com uma criança com mais de um ano, e acredita que a retirada deve ser imposta. Quanto mais a criança cresce, mais você vai escutar que o seu filho não precisa mais mamar. Mas a escolha pertence a você: cabe a você decidir o que existe de melhor para seu filho. O desmame natural ocorre gradualmente. Ele pode começar bem cedo aos 10 meses ou mais tarde com 2 ou 3 anos. Como o leite materno muda com a idade da criança, ele continua a ser o alimento ideal. Gradualmente, à medida que a criança cresce, ele descobre novos interesses, e começa a ficar cada vez mais tempo longe da mãe. As mamadas ficam mais espaçadas. No entanto, eles permanecem mamando em momentos quando ele ainda precisa de conforto. No entanto, não é a criança sozinha que decide desmamar. A

mãe pode influenciar este processo gradualmente, passo a passo, até que a criança está pronta para aceitá-la”.

Em maio de 2012, a revista americana Time abordou sobre a amamentação prolongada. Propagado pelo pediatra americano William Sears, o Attachment Parenting sugerindo as mães que amamentassem por mais tempo. Na capa da revista Time trazia uma imagem de uma mãe amamentando o seu filho de três anos. A criança estava com os pés em uma cadeirinha para alcançar o seio da mãe (Revista Crescer, 2014, s/p).

A questão do aleitamento prolongado desperta sentimentos diversos tanto naqueles que a vivenciam quanto nos profissionais de saúde. Mais uma vez voltamos ao Modelo de Sunrise de Leininger para pensarmos de que maneira os fatores biológicos, sociais, educacionais, políticos, religiosos, filosóficos, de ambiente, culturais interferem na maneira como cada pessoa percebe a amamentação prolongada.

Discutir sobre o Aleitamento Materno (AM) torna-se, portanto, necessário. É uma oportunidade de dialogar sobre uma experiência ímpar, o que pode ser muito árduo, principalmente para os profissionais da Atenção Básica, tão acostumados à regras, protocolos e rotinas. Não se pode afirmar que esses profissionais rejeitam os fatores biológicos e culturais envolvidos nas práticas da amamentação prolongada e a grande relevância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, entretanto ficou claro, a falta de conhecimento e de apoio às mães que optaram pela amamentação prolongada.

Com relação ao processo de desmame, relacionado à amamentação prolongada, Giugliani (2004) refere, que existem mães que desejam continuar amamentando seus filhos, mas são desencorajadas por profissionais de saúde, por amigos, parentes, sustentando o mito de que a amamentação prolongada não é normal, dando às vezes, uma conotação sexual para a amamentação prolongada. Ressalta, que no desmame natural, a criança vai se interessando por outros alimentos, e em média entre dois e quatro anos, a criança se desliga espontaneamente da amamentação materna, em alguns casos, necessitando do estímulo da mãe para se interessar por outros alimentos.

Uma médica ponderou a questão da dependência extrema da criança pela mãe interferindo nas atividades de socialização infantil:

A amamentação prolongada poderá interferir nas atividades da criança e algumas atividades da mãe, né. As vezes não quer brincar, não tem participação. Inclusive quando a mãe deixa na creche, começa na escola, na idade pré-escolar há um apego maior. A criança chora mais, tem essa parte assim. E a mãe fica um pouco assim, a mãe fica com pena do filho, esse

apego é enorme, isso não é bom. Só isso que considero, malefício que considero é só esse. (P11 Med)

Arantes (1995 apud Carrascoza, 2005) referem que:

Em certas ocasiões, o vínculo mãe-bebê, reforçado durante a prática da amamentação, pode tornar-se tão intenso a ponto de dificultar o processo, também natural, de desmame. Nestes casos, o desmame pode ser encarado como uma experiência de separação, afastamento e até abandono, sendo, muitas vezes, sugerido como mais doloroso para a mãe do que para a própria criança.

As depoentes gostam de exercer a prática da amamentação prolongada. Para elas, esse ato é efetuado com afeto, carinho, um momento de grande intimidade com seu filho. M2 relata o prazer da amamentação e as duas vivências, a do filho mais velho que desmamou espontaneamente e da filha atual que ainda mama:

Ele quis deixar de mamar, porque ele com seis anos já se sentiu um homenzinho, rapazinho. Então ele não quis saber de mamar mais. [...] Mas eu gostava muito de amamentar. Era um momento nosso sabe. Ainda mais quando eu chegava do trabalho, aquele momento era especial. (emocionada). [...] Ela tem quatro anos ainda mama e eu não quero tirar. (M2)

Sonego et alli (2004, p.343) referem que a decisão do desmame deve pertencer a mãe e ao filho. São eles que devem decidir sobre o tempo que deve durar a amamentação, sendo que o momento de interrompê-la definitivamente “é quando algum dos parceiros está definitivamente pronto para abandoná-la. O desmame é parte do processo de crescimento da criança e do amadurecimento da mãe”.

Quando foram questionadas sobre o desejo de interromper a amamentação prolongada, somente duas não manifestaram a vontade pelo desmame:

Não. Eu me sinto mal se eu tirar, parece que eu estou fazendo uma coisa errada. Parece que estou tirando algo que é dela. (M1)

Eles nunca querem deixar né. A gente sente dificuldade por causa disso. Acho que todas as mães têm né dificuldade. É como se tivesse separando né. A gente se sente como se tivesse separando. É um momento nosso da mãe e da criança e quando vai desmamando a gente sofre mais do que a criança. O peito incha, dói, fica cheio você fica longe não pode dá. No meu caso foi a ausência. Eu ia trabalhar, a criança ficava em casa. E aí foram diminuindo as mamadas e aí até que encerrou. (M8)

Carrascoza *et al* (2005, p.276) referem que na pesquisa por eles realizada, 04 mães relataram sentimentos de “dó” para justificar o prolongamento da amamentação, o que ocorreu em duas mães deste estudo. Destacam os autores que as mães tinham receio de que a “criança sofresse com este afastamento, encarando o desmame como um

momento de separação e abandono”. Complementam referindo que estas situações devem ser bem analisadas, pois na maioria das vezes, o sentimento de perda é mais da mãe do que da própria criança.

Complementam Sonego et alii (2004) que nestas situações é que se faz importante a presença dos familiares e o auxílio dos profissionais de saúde, para que a mulher sintam-se segura quanto a conduta adotada. .

As 9 mães participantes que manifestaram o desejo de desmamar, revelaram necessidade de trabalhar, cansaço, a constrangimento social:

Sim, por que eu tinha que trabalhar né. Eu tinha que fazer as coisas de casa e trabalhava fora. O marido não ajudava em nada. Aí a gente fica com muita coisa e o corpo não aguenta. Só por causa disso mesmo, porque eles sofrem muito. Até por que não tem um jeito pra tirar. **Ninguém ensina isso.** (M2)

Teve uma hora que sim. Por que estava me prejudicando no serviço. Quer dizer eu dormia no serviço, aí o meu peito enchia muito e não tinha como tirar, Tirava no trabalho, mas enchia de novo. (M9)

Depois de dois anos, que eu já estava enjoada de dá mamar. Já estava né, tinha que toda hora parar de fazer as coisas porque tinha que dá mamar na hora que ele estava querendo. Então dificultava bastante. Estava querendo parar por causa disso, mas era difícil porque ficava chorando, queria mamar. Eu tinha que tirar o peito até mesmo pra pode dormir, porque muitas deles dormiam no peito, amamentando. (M10)

Carrascoza *et al* (2005) em pesquisa realizada com 347 mães que ingressaram no Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae), da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), referem que os motivos que levam a mãe a continuar com a amamentação após 1 ano deve-se ao excesso de leite (66,7%) e ao prazer (62,5%). Importante salientar os aspectos contraditórios que aparecem no discurso das mães, pois mais da metade delas expressaram o desejo de interromper a amamentação, o que está coerente com os resultados obtidos neste estudo.

Em pesquisa realizada por Noirhome-Renard, Farfan-Portet, Berrewaerts (2006), na Bélgica com o título *Soutenir l’allaitement maternel dans la durée: quels sont les facteurs en jeu*, encontramos que muitos são os fatores que levam a mulher a efetuar o desmame e dentre eles apontam que volta da mulher ao trabalho, causa um impacto importante sobre a duração do aleitamento. Destacam que as mães ao retornarem ao trabalho e diminuírem o número de mamadas, desenvolvem culpa, estresse por vivenciarem os conflitos entre as exigências do trabalho e o aleitamento.

A mãe M5 fez um relato emocionado, revelando intenso sofrimento no processo de desmame, tanto seu como da criança.

Sim. Chega uma época que a criança fica tão dependente daquilo a ponto de virar um vício, uma doença. Então você tentar tirar é por que você se esgota muito. Ainda mais a mãe que trabalha na rua, trabalha em casa. Eu já não tinha mais vida eu não tinha mais nada eu vivia em função dele. Já esquecia os outros filhos, já esquecia o marido também. Ele ocupava demais, é como eu fosse só dele. Ele não aceitava ser dividido com ninguém. Então foi a hora que eu achei que deveria tirar (olhos cheios de lágrimas). Mas eu quero deixar claro que eu não tirei por que eu quis tirar. Eu fui obrigada a tirar, por que isso estava atrapalhando tanto ele a ponto dele me agredir quando eu não queria amamentar e quando eu falava que tinha que fazer os meus afazeres. Ele começou a me agredir a me chutar, pois ele não aceitava a palavra não. Entendeu, então era onde ele me chutava queria me bater aí eu não ia aceitar isso. E foi aonde eu vi que estava indo além da conta. Então foi aonde eu comecei a tentar a tirar dele. Mas foi muito difícil. (M5)

A respeito da citação acima Sonogo et alii (2004, p.345) referem que :

Assim, a criança poderá estar física e nutricionalmente preparada para interromper a amamentação, mas do ponto de vista psicoafetivo talvez ainda não seja o momento adequado para o abandono do aleitamento materno, pois a ocasião ideal para proceder à prática do desmame diz respeito ao momento em que a criança já possui outros objetos para satisfazê-la. Por essa razão há sugestões de um desmame progressivo, pois, à medida que a criança desfaz o vínculo com o aleitamento materno, poderá estar adquirindo outros, que o substituirão. Tal prática possivelmente fará com que o desmame seja vivenciado com o mínimo de traumas pelo binômio mãe/filho.

A necessidade do desmame foi identificada também por alguns profissionais

[...] às vezes uma dificuldade é realmente desmamar a criança, passar pra outras alimentações, outras dietas. (P8 Enf)

Acho só que deve ser um pouco difícil na hora do desmame. Dá mãe querer tirar né da criança o peito e a criança não aceitar devido essa convivência, esse momento de carinho. (P1 ACS)

Há profissionais que contraindicam a amamentação prolongada e incentivam o desmame:

Na verdade eu não indico. Eu contra indico. Eu explico pra ela os problemas que isso poderia acarretar e tendo mostrar para ela de que forma ela poderia sair dessa amamentação prolongada. (P6 Dent)

É essa questão mesmo de não ficar simplesmente vinculada a, ao aleitamento materno. Porque os benefícios eles se dão até os dois anos. Acho que a partir daí essa pessoa, essa criança ficar exclusivamente com o leite, vai acarretar prejuízos mesmo para sua dela. Então ir tentando quebrar esse vínculo né com alimentação regular. E é isso. (P8 Enf)

Os profissionais na verdade são frutos de sistema que deveria lhe proporcionar capacitações para tratar o indivíduo, a família e a sociedade como um todo e não ter somente a meta de alcançar os indicadores de saúde.

eu acredito que exista algum tipo de informação. Da mesma forma que a mãe é estimulada a amamentar ter esse prolongamento dessa amamentação. Eu não tenho informação técnica sobre isso, mas eu acredito que tenha algum trabalho nesse sentido. (P6 Dent)

Olha, sinceramente eu como profissional de Saúde da Família eu não tenho uma experiência nessa parte. Acho que os profissionais não são treinados nesse aspecto. Acho que geralmente é uma escolha meio que solitária dessa mãe assim, porque as orientações que a gente pode dá é o conhecimento que a gente tem mesmo. Mas assim, não existe um protocolo pra ser seguido nestes casos específicos assim. (P8 Enf)

A Equipe de Saúde desenvolve um papel fundamental, tá. Importante na etapa do pré-natal, na etapa pré-concepção sobre os benefícios da amamentação exclusiva até os seis meses e complementar. Isso é fundamental para médico, enfermeiro eu falo muito para os Agentes Comunitários quando vão para as casas para falar com as mães para marcar consultas, não ser aquela coisa fria só pra marcar consultas. Também participar a abordar, né, falar sobre a importância da amamentação materna nessa primeira etapa, que é fundamental. Também há um preconceito, essas coisas. E aí, é um papel fundamental, mas para gente, não só o médico, o enfermeiro e sim toda a equipe. A técnica de enfermagem, o dentista em ter o conhecimento de que é bom depois de seis meses, de que é bom depois de um ano e de que é bom também depois de dois anos, sempre como uma orientação e em individual. Sabe depois de dois eu considero individual, não considero coletiva a mesma orientação, considero cada causa. Se o bebê não esta comendo outros alimentos, aí tem que participar de uma abordagem em equipe em saúde.. (P11 Med)

Sampaio *et al.* (2010) referem que tanto a imposição para que a mãe amamente quanto à dificuldade que algumas mulheres encontram para realizar o desmame, podem interferir nas relações psico-afetivas na relação mãe-bebê, podendo repercutir no desenvolvimento psíquico infantil e no equilíbrio geral da mãe.

Carvalho (2012) refere que se de um lado existe um desmame precoce, na outra ponta, cresce o movimento pela amamentação prolongada. A prática gera polêmica porque, enquanto os defensores da amamentação afirmarem que existem muitos benefícios nutricionais e psicológicos para a criança que cresceria mais segura, pediatras e psicanalistas acreditam que este apego exagerado da mãe dificulta a autonomia da criança e favorece a exclusão do pai na tríade pai-mãe e filho. Para estes, quanto mais velha for a criança, mais complicado pode ser o desmame, tanto para a mãe, que sente falta da proximidade que a amamentação garante entre ela e o filho, como para a criança, que precisa separar-se da mãe para se desenvolver.

Para o autor, toda mãe que decide pela amamentação prolongada, acredita estar fazendo o melhor para os filhos, mas a grande maioria delas precisa lidar com o julgamento de mães que não aceitam ver crianças grandes mamando. No nosso meio ainda causa estranheza mães que amamentam crianças maiores, pois não é algo comum no Brasil (CARVALHO, 2012).

Trazendo a questão do desmame para o papel dos profissionais de saúde Sonega *et alii* (2004, p.348) reforçam:

A necessidade de as mães receberem apoio dos profissionais de saúde no processo de desmame e, quando for oportuno, eles devem estar presentes para apoiar/ orientar as mulheres-mães que encontram dificuldades para concretizá-lo, pois, às vezes, desenvolvem sentimentos de culpa e dúvidas, que acabam não sendo bem elaborados sem ajuda profissional e, mesmo após ter passado anos, as mulheres permanecem se questionando sobre as causas do desmame.

Entende-se que o papel dos profissionais de saúde é bastante abrangente no que tange ao desmame. O ideal seria que os profissionais apoiassem o desmame natural, favorecendo o desenvolvimento de uma criança mais segura e aliviando o sofrimento da mãe e da criança nesse processo. Como pudemos ver nos relatos e na literatura, desencorajar o desmame abrupto, se a criança não estiver pronta, poderá levar a criança a se sentir rejeitada pela mãe, gerando insegurança. Pelo lado da mãe esta vai precisar do apoio dos profissionais de saúde e dos familiares, porque estará insegura e fragilizada com a interrupção da amamentação.

4.2.3 As estratégias para o desmame: o saber popular versus o saber profissional

Antes de falarmos sobre as estratégias para a descontinuação da amamentação prolongada, se faz necessário trazer a questão da mulher no desenvolvimento do cuidado. Elsen (2004, apud Morais 2010) refere que na grande maioria das famílias cabe à mulher realizar o cuidado familiar, sendo ela que domina os conhecimentos necessários e que lhe foram repassados pelas mães, avós, amigos, comunidade religiosa, formando um conjunto de saberes. Enfatizam que os valores e práticas relativos aos cuidados da saúde, revelam o grupo ao qual a mulher pertence misturando-se nestas práticas os discursos dos grupos populares que são mediados pelos discursos do saber técnico científico dos profissionais de saúde. Refere ser bastante comum que no desenvolvimento do cuidado sejam utilizados medicamentos alopáticos em concomitância com chás, simpatias, pois este conhecimento popular já está legitimado como correto na visão de mundo destas mulheres.

Estas práticas não convencionais de saúde, ainda que muitas vezes sejam rejeitadas pelos profissionais de saúde, continuam sendo utilizadas porque oferecem resposta as necessidades imediatas para aliviar uma dor física ou mesmo psicológica. Salientam que a maioria das pessoas antes de procurar pelos serviços de saúde já fez uso de chás caseiros, benzeduras, emplastos, banhos com ervas.

Para Moraes et al (2010), as práticas populares surgiram pela necessidade de se resolver problemas diários, e principalmente pelo fato de algumas ações resultarem em soluções satisfatórias, e assim estes cuidados populares foram sendo incorporados pela população e repassados de geração em geração dando origem as crenças. Observaram que o cuidado a partir das crenças populares não é utilizado apenas nas classes menos favorecidas socialmente, mas são encontradas também nas classes sociais mais elevadas, onde puderam verificar que a utilização de práticas de cuidado baseada no saber popular é muito comum.

Bianchini e Kerber (2010) em estudo sobre Mitos e Crenças no cuidado da gestante e do recém-nascido, referem que as crenças populares, passam de geração a geração entrelaçando-se na maioria das vezes ao saber científico as vezes fazendo uma composição positiva de cuidado mas outras vezes se contrapondo, o que pode causar problemas para a mulher e a criança. Referem que estas práticas populares inclusive os mitos e crenças ligados à amamentação, se acentuam ainda mais quando se trata da gestação e cuidados com o recém-nascido e com a criança. Na pesquisa realizada constataram que as mulheres que amamentam seguem o exemplo e o conselho de uma mulher mais velha, mesmo tendo recebido orientações no pré-natal, no hospital por ocasião do parto e no puerpério pelos profissionais de saúde. Destacam que as participantes de pesquisa valorizam o saber das mulheres mais velhas, da comunidade a que pertencem, sendo que um dos mitos mais comuns era do leite ser fraco e que a criança fica com fome se alimentada exclusivamente com o leite materno. É comum o saber popular recomendar a utilização de chás e de açúcar e mel nas chupetas no intuito de acalmar o bebê.

Isto nos faz pensar na importância da enfermagem e de todos os profissionais de saúde, de conhecerem as crenças e superstições que envolvem o ato de amamentar para fornecer orientações cientificamente comprovadas, sem desrespeitar a cultura popular, procurando associar ambos os saberes para se obter resultados mais satisfatórios com relação à amamentação e ao desmame.

Quando a pesquisadora questionou às mães participantes desta pesquisa sobre como procediam para efetuar o desmame, 7 mães relataram a prática de simpatias e 04 negaram usar este tipo de procedimento com o objetivo de desmamar. Referiram que as estratégias mais comumente utilizadas foram: ervas amargas como boldo e a babosa, e pimenta. Simularam machucados nas mamas com ketchup, esparadrapo,

enfaixamento. As práticas mais perigosas foram o uso de medicamentos amargos que poderiam causar prejuízos à saúde das crianças. Apresenta-se o relato de M5:

As pessoas mais antigas me ensinaram várias coisas pra poder tirar né. Passei novalgina, mas ele mamava assim mesmo. Coloquei esparadrapo, uma vez né. Porque falaram pra colocar esparadrapo que ele pensar que era bicho. Inclusive eu não recomendo a ninguém, porque quando eu ia tirar o esparadrapo parecia que eu ia ficar sem o bico do peito (risos) . Passei babosa, aquilo é horrível. Só o cheiro daquilo me dava vontade de vomitar. Tudo isso eu acabava com pena por que eu botava essas coisas toda e ele olhava pra mim com aquela carinha e botava a boquinha do mesmo jeito mamava, fazia uma carinha de que não estava legal que não estava com um gosto saboroso mas mesmo assim ele não largava ele continuava mamando. Então acho que isso que vai dando uma dor no coração né. Ah ! Eu falei meu Deus se eu fizer isso eu consigo desmamar ele?..... Me enfaxeí a parte de cima todinha. Então quando ele estava dormindo eu tirava. E quando eu via que ele tava pra acordar eu me enrolava todinha na atadura. Com uma dor no coração, mas eu fiz isso. E foi aí que eu consegui que ele largasse o peito. Ele já tinha três anos e oito meses, mais ou menos. Fiquei com remorso, porque eu passei um bom tempo assim triste. Por que eu não queria tirar ele do peito. Eu queria que o dia que ele não quisesse mais ele larga-se (M5).

Coloquei babosa, pimenta. Coloquei pra tirar o mamar, mas não adiantou não. (M10)

Eu usei o boldo, pra ficar amargo e a criança não querer mais mamar. (M11)

Bianchini e Kerber (2010) em pesquisa realizada sobre mitos e crenças no cuidado do recém-nascido, referem ser comum as mães irem em busca de simpatias para resolver problemas com a criança como cólicas, agitação, choro excessivo, o que nos leva a pressupor que tenham a mesma atitude em relação a busca de simpatias e estratégias do saber popular para resolver o problema do desmame no aleitamento prolongado. As autoras também obtiveram resultados semelhantes ao desta pesquisa com a maioria das mães fazendo uso de alguma simpatia para auxiliar na resolução de problemas ligados a criança.

Os profissionais de saúde relataram conhecer as simpatias que as mães praticam na amamentação. Relataram para a apoiadura e manutenção da lactação: canjica, malzebier. Também confirmaram as relatadas pelas mães participantes com o objetivo de desmamar: uso de substâncias com gosto desagradáveis como pimenta, boldo, babosa; simular machucado nas mamas com esmalte, batom vermelho.

Pra ter leite no caso, que eu saiba o pessoal tem uma crendice ai né, mas eu não aconselho que eles tomam, usam muito canjica né, comem bastante canjica, bastante coisas com leite. Segundo eles aumentam a produção do leite. E também o pessoal costumavam falar e algumas até fizeram né, no passado di uma tal de Malzibier, um tipo de cerveja preta, que eles tomavam. E também agora não sei , tem a do desmame, no caso, que as mulheres as vezes usam né. Que é pintar o seio de batom vermelho, pra falar que tá dodói e tal. (P1 ACS)

Algumas fazem né. Bota pimenta, colocam algumas coisas amarga pra vê se a criança para de mamar, se a criança abandona. (P2 Tec Enf)

Mas pra deixar de mamar colocam é alguma coisa que dê gosto ruim no seio pra criança mamar e não querer mais. Até pimenta já colocaram pimenta, babosa. Babosa normalmente funciona porque ela é mais grudenta do que o líquido da pimenta (Riso...) né, ou o curativo. Aí fala para criança que o peito esta dodói, ai a criança não mama mais (riso...). (P4 Enf)

Aqui no Brasil até agora não. Mas em Cuba sim, fazem. [...]Conheço. Colocam Metronidazol, trituram o Metronidazol e colocam. Quando a criança vai mamar, coitado do bebê. Risos... Mas a criança, não quer saber, continua mamando. (Risos) Colocam coisas nas mamas como se fosse sangue, como se fosse queimadura e falam para o bebê que não pode dá peito agora porque mamãe se machucou, se queimou pra que o filho, a criança não mamar. Também colocam uma planta, babosa, que amarga, mas a criança continua mamando (Risos). (P11 Med)

Ressaltam Bianchini e Keber (2010) que se faz necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimento das crenças populares, pois os mitos e crenças que permeiam o imaginário da população têm raízes na história e na sociedade em que vivemos, e muitas vezes, quando não respeitados, podem criar situações de conflitos entre profissionais e clientes.

Para Moraes et al (2010) apoiando-se em Siqueira(2006), Elsen(2004) , as diferentes ações de cuidado em saúde, estão relacionadas ao contexto sócio-cultural que caracteriza cada momento histórico vivido pelo homem. Desse modo, os padrões culturais de uma determinada realidade social, devem ser entendidos como colaboradores para a elucidação de problemas com os quais os profissionais de saúde não encontrem resposta no saber científico.

Ao questionar aos profissionais o que pensam sobre essas simpatias, alguns profissionais consideram errado pelo risco à saúde física ou emocional da criança.

Eu acho errado né. Acho que deveria usar outro método pra poder a criança abandonar. Acho que não é o certo botar estas coisas assim pra criança abandonar, coisas amarga pra criança botar a boca e não querer mais. Acho que não é o certo. Deveria usar outras coisas. (P2 Tec Enf)

Eu não acho legal. Porque, acaba tadinha, (risos...) traumatizando a criança (risos..). Porque a criança vai, o tempo todo ele foi amamentado, aquilo era bom pra ele. E agora é, por exemplo, a babosa né, a criança vai amamentar o seio está amargo. Tatinho da até pena da criança, eu acho que traumatiza a criança (risos...) (P3 ACS)

Eu acho que não é bom. Eu não sei até que ponto isso é legal. Por exemplo, a babosa eu acho até que é uma coisa bacana porque é o gosto ruim e tal, ela vai se afastar ali. Mas o dodói eu não sei se é legal a criança pensar que aonde ela amamentava agora está pensar que (P4 Enf)

Eu acho que não deve ser desta forma, assim. Porque a criança fica com medo, fica com nervosa e ainda mais que a mãe falar que se machucou, a

criança tem ingenuidade, a mãe se machucou, a criança vai ficar nervosa. Também tem outra coisa, uma criança com três anos é impossível falar pra ela e ela ficar entendendo. Mas tem como desviar a atenção. Falar vamos jogar bola, falar qualquer coisas para as meninas falar vamos ajudar a mamãe arrumar as roupas, guardar a roupa no armário. Desviar a atenção. Senão escraviza a mãe e a mãe não pode fazer outra coisa, tá. Eu prefiro orientar a desviar a atenção da criança. (P11 Med)

Alertam Siqueira (2006 apud Moraes et al,2010), que o profissional de saúde deve respeitar a sabedoria popular , pois ao contrário do que se pensa, o conhecimento popular não é formado por um conjunto de práticas fragmentados, mas se constitui em um grande sistema de conhecimento culturais sobre a doença, a cura e a morte. Complementa Moraes et al (2010) que as atitudes de todas as pessoas estão impregnadas pelo meio cultural em que ele foi criado, e que o saber popular por ser transmitido de geração a geração, ganha força e importância na vida das pessoas que os utilizam.

P1 e P8 nos relataram que esse conhecimento popular *emic*, é o único que tem, pois não tem orientação profissional *etic* para oferecer:

“[...] Então assim, eu penso assim que, é uma saída, mas eu não vejo como, o profissional ensinar como deveria ser feito este desmame né. Aos poucos, como deveria acontecer isso. Ninguém nunca me deu esta instrução pra eu poder passar pra demais. Então as práticas que elas fazem são essas simpatias mesmo. (P1 ACS)

É uma tentativa desesperada de conseguir parar, porque não tem um suporte profissional, técnico, mesmo embasado, pra que isso aconteça. Então elas, naquele desespero de parar, bota pimenta (risos...), bota (risos)de tudo (risos...) ali na mama, pra criança querer parar né. Assim que eu vejo. (P8 Enf)

P6 supõe que as simpatias sejam um suporte para superarem a adversidade do período do desmame.

Talvez elas ajudem sejam um suporte pra mães nesse período. Cria mais um suporte, uma forma delas enfrentarem esta situação com mais facilidade. (P6 Dent)

Houve profissionais, P9 e P10, que não acreditam em simpatias pela ausência de comprovação científica.

Acho que só (risos...) simpatias. Acho que sem validade científica. São meios de tentar atingir os objetivos, mas (riso...) Que não são, pra mim o que não é comprovado cientificamente não tem muita validade. Mas a gente tenta. (risos..) (P9 Dent)

Eu não acredito em simpatias. Risos... (P10 Med)

Concordamos com Bianchini e Kerber (2010) que as práticas populares possuem uma comprovação empírica, baseada em experiências anteriores, o que favorece a sua aceitação. Recomendam que devido à intensidade da crença popular em simpatias e nos

conhecimentos adquiridos no meio em que vivem, os profissionais de saúde devem procurar se aproximar deste conhecimento, diminuindo a distância entre o saber científico e o saber popular. Desta forma, as informações não serão dicotomizadas e passarão a fazer parte de um conjunto de conhecimentos onde o aprendizado faça sentido para aquelas pessoas que é o objeto do cuidado.

Os profissionais de saúde quando questionados como orienta uma mãe que deseja realizar a amamentação prolongada, então há os que incentivam:

Bom ela, as que trabalham a gente orienta que elas dêem pelo menos a noite né, antes de dormir, da criança adormecer. Que pra poder, a criança ter realmente esta , essa comunhão com a mãe e se sentir protegida. E aqueles que podem dar várias vezes ao dia que não trabalham, que trabalham em casa e tal. Que dêem, no , quando a criança principalmente quando ela estiver doente né que as vezes recusam algum alimento, que não quer, não esta se sentindo bem tal, que dê o seio, dê o peito quantas vezes for necessário. Por que a criança vai se sentir melhor, já vai ta sendo alimentada, né, embora ela necessite de outras vitaminas que vem dos legumes, das frutas, das verduras né, do alimento, do cereal tal. Mas ela precisa também deste leite que já vai ajudar. É o que acontece as vezes na minha própria casa. Minha neta vai completar dois anos no mês que vem e quando ela tá meio resfriadinha, tá com algum probleminha de saúde. Ela mama mais que o período que minha filha tá em casa, mama várias vezes, dali ela já tem uma melhora, parece que até o medicamento faz efeito mais rápido. Sei que ela te uma melhora rápido. (P1 ACS)

Olha, assim na minha opnião. A prolongada eu até falo. Eu chego a falar né, já não tá mais, como se fala já passou da fase de amamentar, então acho que não esta valendo de nada né, dá mama pra criança. Então eu procuro assim (silêncio). Apesar que nem toda a mãe aceita né. Não é todas que aceitam, que a gente fale que a gente explique algumas... (P2 Tec Enf)

Eu acho que o importante da amamentação prolongada é que a criança, assim, que possa amamentar, que possa ser alimentada no seio. Só que tem que ser junto com alimentação. Que não falhe a alimentação. Porque até aos seis meses a criança somente a amamentação. Depois dos seis meses a criança já entra com papinhas, com alimentação já sólida. Eu acredito que a criança tem que ser amamentada sim, mas que tenha que ter alimentação. (P3 ACS)

Fica a critério dela. Se não inferir na alimentação tá bem. Se ela esta crescendo bem, tá ganhando peso, está na curva de crescimento adequado não vejo problema da mãe manter não, a amamentação prolongada. Mas também que não se prolongue até o início da pré-adolescência (risos...) que também não dá (risos..). Mas se for um pouquinho assim a mais de dois anos, três, quatro anos eu não vejo problemas. Se ela quiser é um critério familiar, que eu não posso é influenciar né. (P4 Enf)

Silêncio) ...Uff! Geralmente a minha orientação é se puder seria bom, pelo menos pra criança tá. E os benéficos pra ela eu deixo por conta de outro profissional que poderia orientá-la melhor. Por que aí já envolve estética. Aí deixo com a pediatra que tem mais informação do que eu. (P5 ACS)

Eu assim, sempre a questão da amamentação no bebê já grande que possui dentes e não só a amamentação e a alimentação durante o período noturno, que não deve ser feita, né. Eu sempre oriento muito a questão aí, de não trocar o leite materno pela alimentação alimentações, pelo almoço, jantar, pelo lanche e não amamentar a noite inteira. (P10 Med)

É bom sempre quando não interfere nas suas atividades diárias da criança. Atividade da alimentação da criança, atividade social e participação dele. (P11 Med)

Rangel *et al* (2007) referem que os profissionais de saúde, não podem mais ficar alheios as práticas das mulheres com relação ao desmame mesmo elas fazendo parte do saber popular. Os profissionais devem aprender a ouvir a sua clientela, conhecer as suas crenças de maneira a poder efetuar orientações corretas, desmitificando alguns mitos sem desqualificar este conhecimento, mas levando a mãe a ter um novo aprendizado para assegurar a saúde da criança. Entendemos que é a partir da escuta sensível que será possível conjugar os interesses das mães das avós, das instituições religiosas que desejam preservar a sua cultura e seu conhecimento com o saber científico.

A Teoria do Cuidado Cultural da enfermeira e antropóloga Madelaine Leininger, cabe perfeitamente no contexto estudado, pois se conhecendo as estratégias utilizadas pelas mães no desmame do aleitamento prolongado, sensibilizando-se com o saber popular será possível planejar um cuidado coerente com o conhecimento das mulheres assistidas, com a mínima interferência no seu modo de vida.

Desta maneira se entende ser necessário que o profissional de saúde conheça não só o território, ou seja, a área adstrita, mas também quais são as crenças, mitos e saberes que aquela população possui, além de incluir a família, nestas ações, incentivando sua participação, fornecendo informação e orientação, a todos em um apoio integral a todas as mulheres que desejam praticar a amamentação prolongada.

Mediante os dados analisados, verificamos alguns fatores que estão associados às práticas da amamentação prolongada, como podemos verificar na Figura 2.

Figura 3: Fatores que influenciam o processo de amamentação prolongada.



Diagrama: Condições que influenciam o aleitamento materno prolongado. Adaptado de Resende et al., 2010.

O diagrama acima é a representação visual e simplificada do processo da amamentação prolongada. Destaca-se que amamentação prolongada não é uma prática meramente instintiva, mas um fato envolvendo as condições psicológicas, biológicas, rede de apoio e o meio sociocultural.

Este enfoque poderá ajudar o profissional de saúde a aprender e ter outra visão, e procurarem entender o indivíduo, a família e culturas e, conseqüentemente, encontrarem uma nova forma de cuidar, ou seja, o cuidado cultural proposto por Leininger.

A análise dos dados deste estudo demonstrou a relativa incapacidade dos profissionais estudados no atendimento a mães que optam pela amamentação prolongada e à necessidade de estruturação do processo de capacitação dos profissionais de todas as categorias, permitindo uma reflexão ampla sobre a amamentação prolongada e sua dimensão cultural.

Certamente, a primeira atitude para melhoria na atenção à saúde é conhecer a realidade em que vivemos, as parcerias e os paradigmas que temos em relação à amamentação por mais de dois anos de idade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao nos reportar-me ao objeto de estudo delineado, a vivência de mulheres em amamentação prolongada atendidas pela Equipe Saúde da Família, e a minha trajetória profissional e acadêmica trilhada, trabalhando com essa temática, há nove anos, surgiu a necessidade de realizar esta investigação, que buscou descrever a dimensão da estrutura cultural e social das mulheres que vivenciam a amamentação prolongada e identificar as estratégias da equipe de Saúde da Família e das mulheres sobre a (des)continuidade da amamentação.

A análise crítica da prática relacionada à amamentação prolongada tende sempre a levar a um distanciamento entre o natural e o cultural. Quando se discute as questões biológicas, embasadas em teorias científicas, descreve do “ser biológico” e das questões naturais do ser humano, não há uma visão para o sujeito, nem para a sociedade. Muitas das vezes o olhar para a técnica em detrimento da cultura é ignorada pelos profissionais.

É fato que a amamentação prolongada é uma opção, uma escolha da mulher. É uma prática cultural, mas é também solitária, pois as mães muitas vezes não têm incentivo e apoio de profissionais e da sociedade. Tem fatores culturais e sociais imbricados, e as mães participantes revelaram constrangimento em amamentar crianças grandes em público.

O estudo também evidenciou haver algumas contradições, relativas aos benefícios e os malefícios da amamentação prolongada. Alguns profissionais trouxeram malefícios como o aparecimento de cárie e até mesmo o favorecimento do baixo peso. Mas foi demonstrado a partir das pesquisas de alguns autores, que estes malefícios citados pelos entrevistados são errôneos, e que existem outros fatores envolvidos. Ficou claro que amamentação prolongada traz benefícios para criança e para a mãe. Tanto as mães quanto os profissionais tiveram dificuldades de relatar tais benefícios.

Também, é notório nas falas das mulheres suas crenças e a dificuldades enfrentada na hora do desmame. A prática do aleitamento materno em qualquer comunidade, é uma performance social condicionada e conduzida, em parte, pela cultura de um indivíduo e de uma sociedade.

Outro aspecto, destacado nesta pesquisa foi a construção do saber popular e do saber profissional, referente às estratégias para (des)continuidade da amamentação prolongada. Pode-se constatar que as mulheres utilizam estratégias ensinadas pelos seus

familiares, amigas ou vizinhas. As mães utilizam como prática, as simpatias que podem trazer prejuízos físicos e psicológicos para a criança.

Em relação ao papel dos profissionais de saúde sobre amamentação prolongada as expressões de discurso dos participantes permitiram identificar que alguns deles têm dificuldades e outros não sabem orientar sobre o desmame na amamentação prolongada.

É preciso repensar os discursos dominantes, ainda presentes nos estudos da área da saúde e dos profissionais entrevistados sobre falsos malefícios da amamentação prolongada para criança e a mãe. A partir dessa investigação, identificamos vários benefícios para ambos, valorizando além da dimensão biológica a influência dos fatores socioculturais na amamentação prolongada.

Mas não podemos culpar esses profissionais de saúde, pois os mesmos são capacitados para orientar e estimular a amamentação exclusiva até os seis meses de vida do bebê. E em nenhum momento os mesmos recebem orientação de como abordar e orientar a mulher que opta pela amamentação prolongada.

O incentivo a amamentação prolongada não deve se limitar a um determinado profissional e, sim, ser uma área de domínio obrigatório de todo profissional de saúde, independente da especialidade. A mulher deverá exercer o seu direito de escolha e a sociedade, os profissionais e ações governamentais devem apenas apoiá-la nesse sentido. Não podemos esquecer as Instituições de Ensino, pois as mesmas, também exercem papel importante na formação de profissionais que fornecerão apoio as mulheres que desejam realizar o aleitamento prolongado.

Portanto, é de fundamental importância que os profissionais de saúde que compõem a equipe saúde da família faça a mulher se sentir segura e feliz consigo mesma, esquivando o uso de certas palavras que sugerem conotação de julgamento.

Espera-se que esse estudo possa contribuir de forma significativa para que os profissionais da Atenção Básica venham ser atraídos para a questão da prática do aleitamento prolongado, buscando aprofundar seus conhecimentos, para então adotar práticas produtivas, educativas e eficazes para a sociedade e, assim, ajudar as mães a realizarem um desmame natural e promover a saúde das crianças. Deixando essas mulheres livres de culpas quando o desmame é a opção da mulher e sem julgamento se a mesma deseja prolongar o tempo de aleitamento materno. Que os princípios de liberdade, respeito e educação aliados ao enfoque holístico, incorporando a dimensão sociocultural da amamentação prolongada proporcione a mulher ocupar seu espaço de autora e protagonista de suas vivências.

Por fim cursar o Mestrado em Enfermagem e desenvolver este estudo proporcionou-me grandes reflexões sobre os fatores culturais envolvidos na amamentação prolongada e como mulheres e profissionais têm dificuldade na hora do desmame. Possibilitou-me a (des)construção de antigos conceitos e (re)construção de outros novos. Sinto uma plena mudança de paradigma em minha vida, pois considero que os profissionais que atendem uma mulher que opta para realizar amamentação prolongada tem que considerar: os fatores socioculturais, a rede de apoio, as condições psicológicas e biológicas destas mulheres. Percebo-me também como parte deste saberes e admito minha inserção como pessoa, ser humano, mulher, enfermeira, professora, dona de casa, esposa, mãe, filha, amiga, vivendo em uma época em que há de se considerar estes múltiplos papéis e a influência de todas essas experiências nas situações de saúde, de doença e de cuidado, refletindo para implantação de novas estratégias.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, João Aprigio Guerra de. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 120p.

ALVES, Camila Neumaier; et al.. **O cuidado de enfermagem à gestante na perspectiva cultural: nota prévia**. Rev enferm UFPE on line., Recife, v.7(esp): p.5047-50, jul., 2013.

BIANCHINI, C.O.;KERBER, N. Mitos e crenças no cuidado materno e do recém nascido.**VITTALLE**, Rio Grande, 22(2): 35-50, 2010. Disponível em: www.seer.furg.br/vittalle/article/viewFile/1455/2174 . Acessado em: 15 mar. 2015.

BLOG LACTEO. L'allaitement long et le sevrage nature. Disponível em: www.lacteo.org/allatament. 07/12/207. Acessado em: 15 mar.2015.

BRAGA, C.G. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.31, n.3, p. 498-516, dez. 1997. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/394.pdf . Acesso em: 10 jun. 2014.

BRASIL. **Constituição da República do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**; Brasília: Ministério a Saúde; 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. (Dispõe sobre a Resolução CNS 466/12) Disponível em:< <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> > acesso em: 21 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Atenção Básica n. 23 – Brasília: Ministério da Saúde. 2009. 112 p.

Ministério da Saúde. **Dez Passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na**

atenção básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2 ed – Brasília: Ministério da Saúde. 2010. 72 p.

_____. Resolução CNS/MS nº 31, de 12 de outubro de 1992 Aprova a NORMA BRASILEIRA PARA COMERCIALIZAÇÃO DE ALIMENTOS PARA LACTENTES D.O.U de 13/10/1992. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/resn31_1992.pdf . Acesso: 18 out. 2014.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 23 – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p.

BURITY, J.A. Religião, política e cultura. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 20, n. 2, novembro 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ts/v20n2/05.pdf. Acessado em: 20 mar. 2015.

CARRASCOZA, K.C. et al. **Prolongamento da Amamentação após o Primeiro Ano de Vida: Argumentos das Mães.** Psicologia: Teoria e Pesquisa Set-Dez 2005, Vol. 21 n. 3, pp. 271-277. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ptp/v21n3/a03v21n3.pdf. Acessado em: 15 mar. 2015.

DAUPHIN, C. et al. **A história das mulheres cultura e poder das mulheres: ensaio de historiografia** . ANNALES, ESC. Mars-avril 1986, n. 2, pp 271-293. Disponível em: www.marilia.unesp.br/.../historia_das_mulheres_nuteg.pdf. Acessado em: 20 mar. 2015.

DIAS Maria Socorro de Araújo; ARAUJO Thelma Leite; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. **Desenvolvendo o cuidado proposto por Leininger com uma pessoa em terapia dialítica.** Rev Esc Enferm USP 2001; 35(4): 354-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a06>. Acessado em: 15 set. 2014.

ESCOBAR, Ana Maria de Ulhôa et al. **Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce.** Rev. Bras. Saude

Mater. Infant. [online]. 2002, vol.2, n.3, pp. 253-261. ISSN 1519-3829. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292002000300006>.

FALEIRO, Ercilia Maria Carone Trezza; CARANDINA, Luana. **Aleitamento Materno: Fatores de influencia sua decisão e duração.** Ver. Nutr., Campinas, 19(5): 623-630, set./out., 2006.

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

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5.ed. São Paulo: Atlas, p.40, 2010.

GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. **Amamentação: como e por que promover.** *Jornal de Pediatria*; 1994; 70(3): 138-151

GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. **Desmame: fatos e Mitos.** Publicado na Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento científico. 2004. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=1845&tipo_detalhe=s. Acessado em: 20 jul. 2014.

_____. **Aleitamento Materno: Aspectos Gerais.** Medicina ambulatorial, 2004 ufrgs.br. Disponível em: http://www.ufrgs.br/pediatria/z3_1_5_biblio_files/Giugliani_Aleitamento_materno_Aspectos_gerais.pdf. Acesso em: 10 jul. 2014.

ICHISATO, S.M.T.; SHIMO, A.K.K.. **Revisitando o desmame precoce através de recortes da história.** *Rev Latino-Americano em Enfermagem* 2002 julho-agosto; 10(4):578-85. Artigo de Revisão . Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf. Acessado em: 25 mar. 2015.

LEININGER, M.M. **Qualitative research methods in nursing.** Orlando: Grune & Stratton, Inc, 1985.

LEININGER, M.M.; MCFARLAND, M.R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory.** New York: McGraw-Hill; 2006.

LEMOS, L. et al. **Cariogenicidade do Leite Materno: mito ou Evidência Científica.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 12(2):273-78, abr./jun., 2012. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1180/843>. Acessado em: 15 mar. 2015.

MARTINS, Elisa Justo; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. **Quem são as mulheres que amamentam por 2 anos ou mais? Jornal de Pediatria - Vol. 88, nº 1, 2012.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572012000100011. Acesso em: 09 jun. 2014.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 33 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MONTEIRO, Renata. **Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas.** Rev Panam Salud Publica, Washington , v. 19, n. 5, May 2006 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892006000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 out. 2014.

MORAIS, C.A.et al. **Práticas Populares no Cuidado ao recém-nascido em comunidade Quimbola. Fortalecendo redes e alianças estratégicas pela cidadania e saúde das mulheres e dos recém nascidos.** ABENFO, MG, Petrolina PE, 2010. Disponível em: www.ufpb.br/evento/liti/ocs/index.php/cnmfc/cnmfc2014/paper/.../1815 . Acessado em: 15 mai. 2015.

MOREIRA, Almerinda; et. al. **Coloquio Ibero-Americano de Historia de la Enfermería: nuevas perspectivas de la producción intelectual en historia de la enfermería.** Rev. esc. Enferm. USP vol.43 nº.spe2 São Paulo Dec. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600037>. Acesso em: 02 jul. 2014.

NAKANO, Ana M. S. **O aleitamento materno no cotidiano feminino.** Ribeirão Preto, 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

NOIRHOMME-RENARD,F. ; FARFAN-PORTET, M. I. ; BERREWAERTS, J. **Soutenir l'allaitement maternel dans la durée : quels sont les facteurs en jeu ?** **Unité d'Education pour la Santé. Ecole de santé Publique – Centre « Recherche en systèmes de santé ». Série de dossiers techniques.** Service Communautaire de Promotion de la Santé avec le soutien de la Communauté française de Belgique. Juillet 2006. Disponível em : www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos41.pdf. Acessado em: 20 mai. 2015.

OMS. **Declaração de Innocenti.** Itália, 1990. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_innocenti.pdf Acesso: 13 out. 2014.

ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B.; ALVES, M.D.S. **Madeleine Leininger e a Teoria da Diversidade e universalidade do cuidado cultural- um resgate histórico.** Online Braz J. Nurs (OBJN-ISSN 1676-4285) [online] 2005 August; 4(2) Disponível em: www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm. Acessado em: 05 jun. 2014.

RANGEL, S.L. Et al. A Prática do cuidado prestado pelas mulheres aos filhos no domicílio. Enfermeria Global. Administración- Gestión- Calidad. n.10, maio 2007. www.um.es/eglobal/. Disponível em: www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/207/244. Acessado em: 15 mar.2015.

REIS, A.T.; SANTOS, R.S.; JUNIOR, A. P. **O cuidado à mulher na contemporaneidade: Reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural.** REME– Rev. Min. Enferm.;16(1): 129-135 jan./mar., 2012. Disponível em: www.reme.org.br/artigo/detalhes/510. Acessado em: 20 mar. 2015.

REZENDE, MA; SAWAIA BB; PADILHA, KG.” **Mãe boa amamenta” ou a força da ideologia.** **Família, Saúde e Desenvolvimento**, 2002; 4(2): 154-162.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

SAMPAIO, Marisa Amorim *et al.*. **Psicodinâmica interativa mãe-criança e desmame.** **Psic.: Teor. e pesq.** vol.26 no.4 Brasília Oct./Dec. 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-7722010000400005&script=sci_arttext.

Acesso em: 28 ago. 2014.

SEIMA, Márcia Daniele *et al.*. **A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 – 2011**. Esc Anna Nery (impr.)2011. out-dez; 15 (4):851-857.

SILVA, D.C; SANTOS, C.J.M; SILVA, W.M.A. **Perfil do aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar em crianças de 12 a 24 meses atendidas em Estratégia de saúde da Família (ESF) no interior de Pernambuco**. VEREDAS (ISSN:1984-8463) v. 3, n 1, jan-jun, 2010.

SILVA, Maíra Domingues Bernardes. **Saberes e Práticas do Cuidado Materno na Doença Respiratória Infantil**. Rio de Janeiro. 2011. 98 fls. xiv. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

SILVEIRA, Rosemary Silva da, et al.. **Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado**. Rev. bras. enferm. Brasília, v.62, n.3, May/June, 2009.

SONEGO, Joseila. et al. **Experiência do desmame entre mulheres de uma mesma família**. Rev Escola de Enfermagem da USP. 2004; 38(1):341-9. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342004000300013&script=sci_arttext.

Acessado em: 20 de mar. 2015.

ANEXO A – Estratégia de Saúde da Família de Gramacho – Duque de Caxias

ANEXO B – Mapa de área adstrita das equipes na ESF Gramacho – Duque de Caxias

Equipe I



ANEXO C – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Unigranrio

Duque de Caxias, 25 de Fevereiro de 2014.

Do: Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO

Para Responsável Principal: Alessandra de Oliveira Borba Silva Fibger

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Inês Maria Meneses dos Santos

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO, após avaliação considerou **aprovado** o projeto de pesquisa **“A INFLUÊNCIA DOS FATORES CULTURAIS E SOCIAIS NA AMAMENTAÇÃO PROLONGADA: DESAFIOS PARA A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”**, protocolado sob o **número de CAEE 24214114.0.0000.5283**, encontrando-se a referida pesquisa e o Termo de consentimento Livre e Esclarecido em conformidade com a Resolução N.º 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Os pesquisadores deverão informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa solicita a V. S^ª que ao término da pesquisa, conforme cronograma apresentado, encaminhe a este comitê um sumário dos resultados do projeto, a fim de que seja expedido o certificado de aprovação final.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Renato C. Zambrotti'.

Prof. Renato C. Zambrotti
Coordenador do CEP-UNIGRANRIO

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Andreia Peter Christo Gomes'.

Andreia Peter Christo Gomes
Secretária do CEP/UNIGRANRIO

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Comitê de Ética em Pesquisa

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

(De acordo com as normas da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**A INFLUÊNCIA DOS FATORES CULTURAIS E SOCIAIS NA AMAMENTAÇÃO PROLONGADA: DESAFIOS PARA A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**”. Você foi selecionado por atender aos critérios de inclusão dos sujeitos do estudo e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são:

- 1) Descrever as práticas utilizadas pelas mães no processo de amamentação prolongada;
- 2) Identificar as estratégias da equipe de Saúde da Família no atendimento às mães em amamentação prolongada;
- 3) Analisar os fatores culturais e sociais que influenciam na amamentação prolongada.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer dados necessários ao pesquisador para a concretização da pesquisa.

Os riscos relacionados com sua participação são inexistentes.

Os benefícios relacionados com a sua participação será um maior conhecimento sobre o tema abordado, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para a própria instituição em questão.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Aos participantes serão atribuídos condinomes de flor e frutas.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a

qualquer momento com os pesquisadores responsáveis: Alessandra de Oliveira Borba Silva (98906-4440, e-mail: borbaenf@yahoo.com.br), Profª Drª. Inês Maria Meneses dos Santos (98474-0384, e-mail: inesmeneses@gmail.com)

ALESSANDRA DE OLIVEIRA BORBA SILVA

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIGRANRIO, localizada na Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160 – CEP 25071-202 TELEFONE (21).2672-7733 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: cep@unigranrio.com.br

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2014.

Sujeito da pesquisa

Pai / Mãe ou Responsável Legal

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com a mãe**Codinome:****Data:****Hora:**

- 1) Para você quanto tempo o bebê deve ser amamentado?
- 2) Teve algum problema durante a amamentação?
- 3) Quando você oferta o peito para a criança?
- 4) A criança tem dificuldade em ingerir outros alimentos durante o período da amamentação?
- 5) Você amamentou exclusivamente até aos seis meses?
- 6) A criança fez uso de mamadeira e/ou chupeta?
- 7) Em algum momento você quis parar de ofertar o peito? Quando e porque?
- 8) Quais as dificuldades e facilidades que encontrou durante a amamentação prolongada?
- 9) Você fez uso de alguma simpatia durante a amamentação prolongada? Qual (is) e com qual objetivo?
- 10) Algum membro da família materna foi amamentado por mais de dois anos de idade? Quem?
- 11) Você trabalhava fora durante o período em que amamentou?
- 12) Durante o período da amamentação a Sr^a possuía companheiro ?
- 13) Tinha um companheiro durante o período da amamentação?
- 14) Recebeu alguma orientação para armazenar e administrar o leite materno? Caso positivo quem lhe ensinou estes cuidados?
- 15) Durante o período da amamentação prolongada a criança pedia para mamar ou você ofertava?
- 16) Você sabe de algum benefício que a amamentação prolongada poderá trazer pra mãe e para a criança?
- 17) Você sabe de algum malefício que a amamentação prolongada poderá trazer para a mãe e para a criança?
- 18) A criança em algum momento quis deixar a amamentação?

APÊNDICE C – Formulário de Perfil Sócio-econômico-cultural

Data:	
Codinome:	Idade:
Número de filhos:	
Nome(s) do(s) filho (s):	
Qual a idade do(s) seu(s) filho(s)?	
Até que idade o seu filho foi amamentado ?	
Perfil Sócio-Econômico- Cultural Tecnológicos	
Possui luz na residência?	
Possui água tratada na residência?	
Possui coleta de lixo em sua casa?	
Qual a forma de transporte?	
Tem acesso a internet?	
Tira dúvida na internet?	
Religião e filosofia	
Qual a religião que foi criada?	
Qual a religião que possui agora?	
Companheirismo e sociais	
Você vive co alguém?	
Você vive co alguém?	
Há quanto tempo?	
Como chama a relação?	
Participa de reunião ou festas?	

Com qual frequência?
Quais são os passeios que a família costuma fazer?
Modos de vida
Quem mora na sua casa?
Quantos cômodos possuem a sua casa?
Qual o material é feito a sua casa?
Local onde a criança dorme?
Políticos e legais
Qual o líder político?
Sistema de escolha de liderança local?
Econômicos
Renda da família?
Você trabalha? Fonte de renda?
Educacionais
Você estudou?
Frequentou a escola até quando?

**APÊNDICE D – Roteiro de entrevista com o informante-geral
(Profissional da ESF)**

Roteiro de entrevista com o informante-geral (Profissional da ESF)

Codiname;

Profissão:

Idade:

Tempo de formado

Tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família:

Pertence a qual equipe? () PSF I () PSF II () PSF III

1. O que significa, para você, amamentação prolongada?

2. O que você acha sobre amamentação prolongada?

3. Você sabe de algum benefício que a amamentação prolongada poderá trazer para a mãe e para a criança?

4. Você sabe de algum malefício que a amamentação prolongada poderá trazer para a mãe e para a criança?

5. De que forma você percebe a participação da equipe da Saúde da Família na amamentação prolongada?

6. Como você orienta uma mãe que deseja realizar a amamentação prolongada?

7. Você sabe se as mães fazem alguma simpatia durante o processo de amamentação prolongada?

8. Quais são as simpatias que você conhece que as mães usam na amamentação prolongada e com qual objetivo?

9. O que você pensa sobre essas simpatias?