



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



NAYARA MENDES CRUZ

**FINALIZANDO O CICLO DA AMAMENTAÇÃO: VIVÊNCIAS MATERNAS E
A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DO DESMAME**

JEQUIÉ-BA
2021

NAYARA MENDES CRUZ

**VIVÊNCIAS MATERNAS E A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO
PROCESSO DO DESMAME DO ALEITAMENTO MATERNO CONTINUADO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Educação em saúde e sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Santos Duarte

**JEQUIÉ-BA
2021**

C957f Cruz, Nayara Mendes.

Finalizando o ciclo da amamentação: vivências maternas e a prática da educação em saúde no processo do desmame / Nayara Mendes Cruz.- Jequié, 2021.

152f.

(Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profª. Dra. Ana Cristina Santos Duarte)

1.Amamentação 2.Desmame 3.Educação em saúde 4.Enfermagem
5.Saúde da mulher 6.Saúde da Criança 7.Promoção da Saúde
I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 649.33

FOLHA DE APROVAÇÃO

CRUZ, NM. **Finalizando o ciclo da amamentação:** vivências maternas e a prática da educação em saúde no processo do desmame. 2020. [Tese de doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié-BA.

BANCA EXAMINADORA



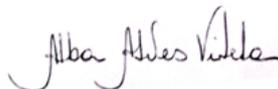
Profa. Dra. Ana Cristina Santos Duarte

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Orientadora e Presidente da banca examinadora



Profa. Dra. Mariza Silva Almeida

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde - Universidade Federal da Bahia



Profa. Dra. Alba Benemérita Alves Vilela

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia



Profa. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke

Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina



Profa. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina

Jequié/Ba, 27 de novembro de 2020

Ao meu filho, Pedro, com quem compartilhei todo o aprendizado adquirido neste estudo, e tivemos a satisfação de vivenciar uma amamentação continuada com desmame sereno, marcado por uma experiência linda de respeito, compreensão e cuidado, com uma enorme sensação de bem-estar e fortalecimento de nosso vínculo afetivo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, o autor e consumidor da nossa fé, que me permitiu chegar até aqui. Por Ele e para Ele são todas as coisas.

Aos meus pais, Jucineide e Juscelino, os primeiros e maiores incentivadores para que os filhos alcançassem altos voos. Sem o incentivo, a dedicação, muitas vezes, as renúncias de algumas realizações pessoais para assegurar a educação dos filhos, possivelmente, eu não teria chegado nesta etapa da minha vida profissional.

Ao meu esposo, Edson Dantas, companheiro de todas as horas, que me acompanha nessas aventuras pela busca do conhecimento e do crescimento profissional/acadêmico. Obrigada amor, por ser meu apoio!

Aos meus irmãos, Juscelânia e Rodrigo, meus maiores exemplos. Neles me inspiro para dar o melhor de mim, e me tornar uma grande e brilhante profissional.

À minha orientadora, Professora Dra. Ana Cristina Santos Duarte, pela oportunidade que me foi concedida, por sua orientação e disponibilidade.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, por possibilitar a realização de sonhos.

Aos professores do Programa, especialmente as Professoras Dra. Alba Vilela, Dra. Rita Narriman, Dra. Edite Lago e Dra. Adriana Nery pelo carinho e apoio.

Aos meus colegas de turma, pelo acolhimento caloroso, pelo companheirismo e cuidado. Vocês foram minha motivação diária e o que tive de melhor nesse doutorado. Levarei para sempre no meu coração.

Ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Aleitamento Materno (NEPEAM), em especial, às Professoras Dra. Marizete Argolo e Dra. Rosália Teixeira, por terem me dado a oportunidade de tantas aprendizagens.

Aos membros da banca de defesa tese, a Dra. Mariza Almeida, Dra. Alba Vilela, Dra. Rosane Nitschke, Dra. Evanguelia Kotzias e Dra. Rosângela Santos pela disponibilidade e contribuições que abrilhantaram o meu trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro que me permitiu dedicação exclusiva a esse doutoramento.

E por fim, agradeço às mães e enfermeiras/os que participaram da pesquisa.

Obrigada a todos pelas contribuições para a realização deste sonho. Tenho certeza que sozinha eu não conseguiria. Jamais!

A Deus toda honra e toda glória!

RESUMO

Introdução: A forma pela qual se configura o processo de amamentação-desmame, em que leva em consideração a percepção das mulheres sobre essa experiência, suas dificuldades, seus anseios e expectativas, especialmente no que diz respeito a finalização desse ciclo ainda é pouco discutido. Considera-se importante investigar esses aspectos que podem ser difíceis, cheios de dúvidas e medos para as mães. Objetivo geral: compreender as vivências maternas e as ações da educação em saúde no processo do desmame do aleitamento materno continuado. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico-metodológico a História Oral. Foi desenvolvido no período de março a maio de 2019, na cidade de Jequié-BA, em Unidades de Saúde da Família (USF), com dois grupos populacionais: mães que vivenciaram o processo de amamentação prolongada e desmame, e que estivessem amamentado seu filho por um período de 1 ano ou mais e enfermeiras/os que atuavam na USF do município lócus do estudo. Foi aplicada a técnica da entrevista e utilizado o caderno de campo. No tratamento do material empírico foi empregada a técnica da análise textual discursiva. **Resultados:** A vivência relatada pelas mães revelou que o desmame está associado a diversos sentimentos, como o medo de perder o vínculo com a criança, o sentimento de tristeza e a sensação de culpa com a finalização do ciclo da amamentação, além de alívio, traduzido pela sensação de cansaço e fadiga pelo prolongamento desse ciclo, sendo essas algumas das razões para decisão das mães em efetivar o desmame. O choro intenso e a irritabilidade da criança foram as principais dificuldades relatadas pelas mães para a realização do desmame, as quais o fizeram com base em suas percepções e experiências pessoais, e decidiram finalizar a amamentação baseada em costumes e crenças, por meio da utilização de métodos tradicionais, a fim de estimular a criança a rejeitar a mama e recusar à amamentação. Orientações semelhantes foram relatadas pelos profissionais de saúde deste estudo para efetivação do desmame do aleitamento materno continuado. Os depoimentos das/os enfermeiras/os revelaram que ações de educação em saúde sobre o processo de desmame do aleitamento materno continuado não faz parte da rotina na USF, e foi corroborado com as narrativas apresentadas pelas mães, que apontaram falta de cuidado na forma de apoio, suporte emocional e de educação em saúde por parte dos profissionais de saúde. Esses profissionais sentem-se despreparados, e sinalizaram pouca qualificação técnica e conhecimento para assistir as mães e orientá-las diante das demandas do processo de desmame. Nesse sentido, acabam usando de ditos populares para orientar as mães, em detrimento de dados científicos. **Conclusão:** O estudo permitiu um novo olhar sobre as ações e incentivos ao aleitamento materno, uma vez que foi possível dar voz às mães que vivenciaram esse momento, conhecer os seus significados, sentimentos e dificuldades no processo de desmame e assim possibilitar que novas estratégias de cuidado às mães e suas famílias diante do ciclo da amamentação sejam repensadas, contribuindo, assim, com a Política de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.

Palavras-Chave: Amamentação; Desmame; Educação em saúde; Enfermagem; Saúde da mulher; Saúde da Criança; Promoção da Saúde

ABSTRACT

Introduction: The way in which the breastfeeding-weaning process is configured, in which it takes into account the women's perception of this experience, their difficulties, their desires and expectations, especially with regard to the completion of this cycle is still little discussed. It is considered important to investigate these aspects that can be difficult, full of doubts and fears for mothers. General objective: to understand maternal experiences and health education actions in the process of weaning from continued breastfeeding. **Method:** This is a descriptive study, with a qualitative approach, with Oral History as its theoretical-methodological framework. It was developed from March to May 2019, in the city of Jequié-BA, in Family Health Units (USF), with two population groups: mothers who experienced the process of prolonged breastfeeding and weaning, and who were breastfeeding their child for a period of 1 year or more and nurses who worked at the FHU in the city where the study was located. The interview technique was applied and the field notebook was used. In the treatment of empirical material, the discursive textual analysis technique was used. **Results:** The experience reported by the mothers revealed that weaning is associated with several feelings, such as fear of losing the bond with the child, the feeling of sadness and the feeling of guilt at the end of the breastfeeding cycle, in addition to relief, translated due to the feeling of tiredness and fatigue due to the prolongation of this cycle, which are some of the reasons for the mothers' decision to carry out weaning. The child's intense crying and irritability were the main difficulties reported by mothers for weaning, which they did based on their perceptions and personal experiences, and decided to end breastfeeding based on customs and beliefs, through the use of traditional methods in order to encourage the child to reject the breast and refuse to breastfeed. Similar guidelines were reported by the health professionals in this study for effective weaning from continued breastfeeding. The nurses' testimonies revealed that health education actions on the process of weaning from continued breastfeeding is not part of the routine at the USF, and was corroborated by the narratives presented by the mothers, who pointed out lack of care in the form of support, emotional support and health education by health professionals. These professionals feel unprepared, and signaled little technical qualification and knowledge to assist mothers and guide them in the face of the demands of the weaning process. In this sense, they end up using popular sayings to guide mothers, to the detriment of scientific data. **Conclusion:** The study allowed a new look at the actions and incentives to breastfeeding, since it was possible to give a voice to mothers who experienced this moment, to know their meanings, feelings and difficulties in the weaning process and thus enable new strategies for care for mothers and their families in the face of the breastfeeding cycle should be rethought, thus contributing to the Policy for Promotion, Protection and Support for Breastfeeding.

Key words: Breastfeeding; Weaning; Health education; Nursing; Women's health; Child Health; Health promotion

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM- Aleitamento Materno

ATD- Análise Textual Discursiva

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

ENANI- Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição

ES- Educação em Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

HO- História Oral

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNIAM- Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

SBP- Sociedade Brasileira de Pediatria

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UESB- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF- Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 ALEITAMENTO MATERNO CONTINUADO E O PROCESSO DE DESMAME	12
2.2 O PERCURSO HISTÓRICO E A CONSTRUÇÃO SOCIOCULTURAL SOBRE O ATO DE AMAMENTAR.....	14
2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NO PROCESSO DE ALEITAMENTO MATERNO CONTINUADO E DESMAME ...	24
3 METODOLOGIA	27
3.1 Tipo de estudo.....	27
3.2 História Oral	27
3.3 Aspectos éticos	29
3.4 Lócus do estudo	29
3.5 Participantes do estudo	30
3.6 Procedimento para construção do material empírico.....	34
3.7 Técnica de análise do material empírico.....	36
4 NARRATIVAS DA MÃES	39
5 RESULTADOS	65
5.1 MANUSCRITO 1 - NARRATIVAS DE MÃES ACERCA DO DESMAME DO ALEITAMENTO MATERNO CONTINUADO	66
5.2 MANUSCRITO 2 - PRÁTICAS MATERNAS E AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE DESMAME DO ALEITAMENTO MATERNO CONTINUADO.....	87
5.3 MANUSCRITO 3 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE ACERCA DO DESMAME DO ALEITAMENTO MATERNO CONTINUADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	111
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
REFERÊNCIAS	131
APÊNDICES	139
APÊNDICE A – CARTA DE CESSÃO.....	139
APÊNDICE B- ROTEIRO PARA ENTREVISTA	140
APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO....	143
ANEXOS	148

ANEXO A- CARTA DE ANUÊNCIA	148
ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	149

INTRODUÇÃO

O incentivo e o apoio ao aleitamento materno têm-se constituído ao longo dos anos, objetos de acordos internacionais de cooperação técnica e de projetos, campanhas e programas de alcance mundial com o intuito de promover, proteger e apoiar a amamentação (KALIL; COSTA, 2016).

O reconhecimento da importância do aleitamento materno na saúde da mulher e do valor nutricional, imunológico e afetivo do leite humano com enfoque, sobretudo na saúde e desenvolvimento da criança, tem sido alvo de diversos estudos nas últimas décadas (SBP, 2012; BRASIL, 2015; VICTORA et al., 2016; WHO, 2017; GIUGLIANI; SANTOS, 2017; GIUGLIANI; VICTORA, 2019).

Entretanto, a forma pela qual se configura o processo de aleitamento materno continuado, além do primeiro ano de vida da criança e o seu desmame, em que leva em consideração a percepção das mulheres sobre essa experiência vivenciada, suas dificuldades, seus anseios e expectativas, especialmente no que diz respeito a finalização desse ciclo, parece não ser evidenciadas adequadamente.

Observam-se discursos que impõem a mulher a responsabilização pela saúde do seu filho e por eventuais consequências do desmame precoce - interrupção do aleitamento materno exclusivo antes do sexto mês de vida do lactente - sem, muitas vezes, avaliar as motivações que influenciaram essa decisão (BOSI; MACHADO, 2005). Diversos estudos já descreveram os fatores que levam ao desmame precoce, apontando múltiplas causas que vão desde o retorno ao trabalho (CARVALHO, 2017; OLIVEIRA et al., 2015; RODRIGUES, B.C et al., 2014; RODRIGUES; GOMES, 2014), como também fatores sociais, econômicos e culturais (CARVALHO, 2017; MACEDO, 2014), revelando ser um problema complexo e multifacetado que requer políticas e programas governamentais de promoção, proteção e apoio à amamentação-desmame que valorizem e levem em consideração essas questões.

É notório, portanto, que já estão evidenciados na literatura os efeitos protetores do Aleitamento Materno (AM) na criança, bem como os determinantes e os possíveis fatores associados ao desmame precoce (PAIVA; VENÂNCIO, 2008; GARCIA et al., 2016; SANTOS, 2018).

Organizações nacionais e internacionais, como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2017), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011), a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) e Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) recomendam que o lactente deve ser amamentado por dois anos ou mais, e naturalmente desmamado, o que pode

ocorrer entre 1 e 4 anos de idade (SANTIAGO, 2013; BRASIL, 2015). No entanto, algumas mães de crianças maiores de um ano, por diversas razões, sejam sociais, culturais, ambientais, individuais, não podem esperar pelo desmame natural e optam por finalizar o ciclo da amamentação, sem, muitas vezes, saber como e quando começar.

Foram encontrados poucos estudos com uma discussão rica e ampliada de cunho científico sobre as questões relativas ao desmame do aleitamento materno continuado além do primeiro ano de vida da criança, tais quais como e quando iniciar, como de fato se efetivar, quais práticas, técnicas e aspectos facilitadores e dificuldades desse processo.

A precária atenção dada à interrupção do aleitamento materno continuado faz surgir dúvidas quanto à duração total da amamentação e de como deve se estabelecer o desmame (KALIL, 2017). Em virtude disso, muitas mulheres sentem-se inseguras em relação a como e quando desmamar completamente seus filhos, e acabam sendo influenciadas por questões sociais e culturais.

Estudos apontam interferências socioculturais para a realização do desmame de crianças acima de um ano de idade, mesmo não sendo o desejo das mães (DEMÉTRIO; SILVA, CHAVES-dos-SANTOS et al., 2013; DOWLING, BROWN, 2013; SOUTO, 2015; MARTÍNEZ, MARQUÉS, 2017). Essas influências ocorrem em razão dos vários mitos atrelados ao aleitamento materno prolongado, dentre os quais as crenças de que a amamentação após 1 ano de idade acarreta em prejuízos ao desenvolvimento psicológico da criança, que deixa a criança muito dependente, de que é um sinal indicativo de problema sexual ou necessidade apenas da mãe, e ainda a crença de não haver possibilidade de a criança se auto desmamar (BRASIL, 2015).

É muito comum, vizinhos, amigos e familiares exercerem pressão sobre a mulher para interromper o processo de amamentação no momento em que acreditam ser ideal, sem, contudo, considerar o contexto em que elas se inserem, as opiniões e desejos dela, bem como as peculiaridades de cada situação. Algumas mães acabam realizando o desmame, sem ela e a criança estarem dispostos a fazê-lo, em razão da pressão do seu ciclo social, gerando, muitas vezes, um processo conflituoso. Quando a existência de conflitos e dificuldades não é levada em consideração, acaba por colocar em risco o bem-estar tanto da criança como da mãe (HAMES, 2006; SBP, 2017).

Diante desse contexto, faz-se necessário incentivar ações e práticas de educação em saúde no intuito de oferecer às mães informações claras e precisas sobre a amamentação prolongada, seus benefícios e vantagens, além de esclarecimentos sobre o processo de

desmame, e assim empoderá-las, no sentido de tomar decisões seguras e conscientes partindo da premissa do que considerarem melhor para si e seus filhos.

São escassos os estudos que abordam a prática do aleitamento materno após 1 ano de idade da criança e do desmame enquanto parte do processo de amamentar na perspectiva da mulher parecendo ignorar as questões multifacetadas e os condicionantes socioculturais envolvidos nesse processo (HAMES, 2006; DEMÉTRIO, SILVA, CHAVES-dos-SANTOS et al., 2013; DOWLING, BROWN, 2013; SOUTO, 2015; MARTÍNEZ, MARQUÉS, 2017; CRUZ, MELO, SILVA et al., 2017). Há um problema social oculto, e somente poderá ser trazido à luz através do resgate da subjetividade e aproximação com os atores envolvidos (HAMES, 2006).

Portanto, acredita-se que a percepção das mães em relação à interrupção do aleitamento materno deve ser melhor investigada para que não prejudique a relação, nem altere a qualidade da interação entre mãe e filho (SOUTO, 2015).

A motivação em estudar esse tema surgiu durante a minha vivência enquanto Enfermeira Residente no Programa Multiprofissional em Saúde da Família, em que foi possível presenciar cenários de dificuldades de mães de filhos maiores de 1 ano de idade para realizar o desmame do aleitamento materno por carência de informações adequadas acerca da temática e/ou falta de apoio e orientações por parte dos profissionais de saúde. Em consequência disso, essas mães, por influências do seu ciclo social, se sujeitavam a realização do desmame abrupto/súbito, uma experiência marcada por tristeza, ansiedade e solidão, quando deveria ser vivenciada com tranquilidade, prazer e satisfação pela experiência de uma amamentação bem-sucedida.

No trabalho de conclusão de curso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, foi possível conhecer a vivência de mães que optaram pelo desmame natural, deixando como lacuna o conhecimento sobre a experiência materna daquelas que não puderam ou optaram por não esperar pelo desmame natural e vivenciaram outras formas de desmame. Assim sendo, esse foi o objeto de estudo desta tese de doutorado, incluindo a participação dos profissionais de saúde nesse processo, bem como suas ações e práticas de educação em saúde.

Pressupondo que o processo de desmame do aleitamento materno continuado pode ser difícil, doloroso, cheio de dúvidas e medos para as mães, é que se considera importante investigar e compreender os diversos determinantes sociais dessa vivência, seus desafios e possibilidades. Uma compreensão mais aprofundada das experiências apresentadas por essas mães, seus desafios e possibilidades, sentimentos, percepções, significados e enfrentamentos emergidos, pode contribuir para a construção de conhecimentos que subsidiem o trabalho de

equipes e profissionais de saúde e o planejamento de novas ações das políticas públicas relacionadas ao aleitamento materno. Isso pode ajudar também a auxiliar as mães no processo de desmame, conforme o seu desejo. Daí a relevância da pesquisa, incluir o desmame do aleitamento materno continuado como parte integrante das ações em saúde coletiva de incentivo a amamentação, pois acredita-se que faz parte do processo de amadurecimento da criança, além de ser um processo evolutivo na relação entre mãe e filho, que deve ser vivenciado com segurança, tranquilidade e bem-estar para ambos.

Espera-se que este estudo possa contribuir para um maior acesso a informação, por parte dos profissionais de saúde, e no empoderamento das mulheres, com o intuito de apoiá-las na decisão pelo aleitamento materno ou não e por quanto tempo perdurará, desatrelado de regras e opiniões socioculturais.

Diante dessa perspectiva é que se optou pelas seguintes questões de pesquisa: Quais são as vivências maternas do processo de desmame do aleitamento materno continuado? E como ocorrem as ações da educação em saúde sobre esse processo?

Assim, este estudo teve como objetivos:

- Compreender as vivências maternas no processo de desmame do aleitamento materno continuado;
- Conhecer as práticas maternas adotadas para o desmame do aleitamento materno continuado;
- Descrever as orientações e as ações de educação em saúde fornecidas por enfermeiras acerca do processo de desmame.

2 MARCO CONTEXTUAL

2.1 ALEITAMENTO MATERNO CONTINUADO E O PROCESSO DE DESMAME

Pode-se entender aleitamento materno continuado/prolongado quando ultrapassa as recomendações da SBP, MS e OMS (amamentação por dois ou mais anos de idade da criança). Alguns autores consideram a amamentação como prolongada quando o bebê ultrapassa um ano de idade. E existem estudos internacionais que consideraram a amamentação prolongada a partir do 6 mês de vida da criança, como o de Dowling e Brown (2013).

Em pesquisa realizada por Santana, Giugliani, Vieira et al. (2018) foi identificado que os principais fatores associados ao aleitamento materno em crianças maiores de 1 ano de idade, foram os pais serem os principais cuidadores, maior idade materna, mãe ser casada, maior escolaridade materna, maior número de filhos e menor renda familiar.

O AM continuado é mais comum nos países de baixa e média renda. Nos países mais pobres, a amamentação por 12 meses e 24 meses é maior que 90% e 60%, respectivamente; enquanto que na maioria dos países ricos, nem 20% das crianças são amamentadas até um ano de idade (VICTORA et al., 2016).

No Brasil, houve considerável expansão do AM, além dos 12 meses desde a década de 1980, passando de 22,7% em 1986 para 47,2% em 2006. Segundo o inquérito de 2013 da Pesquisa Nacional de Saúde, o indicador AM continuado aos 12 meses foi em torno de 45%. Já, o AM continuado por 2 anos, que praticamente manteve-se inalterado entre 1986 e 2006, um pouco abaixo de 25%, aumentou nos últimos anos, subindo para 32% (SBP, 2017). Em 2020, a prevalência foi de 53,1% de aleitamento materno continuado aos 12 meses, e 60,9% entre as crianças com menos de 24 meses (UFRJ, 2020).

O Ministério da Saúde refere que no segundo ano de vida, o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes, uma vez que estimativas apontam que 500 ml de leite materno no segundo ano de vida fornecem 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e 31% do total de energia. Aponta ainda que o leite materno continua protegendo contra doenças infecciosas. Estudos mostraram que crianças não amamentadas no segundo ano de vida possuem quase duas vezes mais chances de morrer por doença infecciosa quando comparadas com crianças amamentadas (BRASIL, 2015).

Uma pesquisa realizada em Pelotas-RS, Brasil, mostrou que quanto mais duradouro o período de amamentação na infância, maiores os níveis de inteligência, de escolaridade e de

renda na fase adulta (VICTORA et al., 2015). Além disso, o aleitamento continuado é um importante fator capaz de fortalecer o vínculo com a criança (BRITTON et al., 2006), e também apresenta impactos positivos na saúde psíquica e emocional do indivíduo, pois pode desempenhar um papel protetor sobre a saúde mental na adolescência (ALMEIDA et al., 2019), bem como na fase adulta, conforme estudo desenvolvido em Pelotas- RS, Brasil, que aponta que quanto maior a duração da amamentação menor a chance de sintomas depressivos e menor o risco de desenvolver depressão quando adulto (MOLA et al., 2016).

Geralmente, o aleitamento materno não se prolonga além do primeiro ano de vida da criança por questões sociais e culturais que difundem a crença de que a amamentação prolongada é nociva para a criança sob o ponto de vista psicológico, um sinal de problema sexual ou necessidade materna e não da criança; que deixa a criança muito dependente, além da crença de que uma criança jamais desmama por si própria (BRASIL, 2015). No entanto, a SBP (2017) aponta que crianças com vínculo seguro (o que pode não ocorrer com crianças que desmamaram antes de estarem prontas) tendem a ser mais independentes, a ter mais facilidade para se separar de suas mães e a entrar em novas relações com mais segurança e estabilidade, e são mais fáceis de serem disciplinadas.

O MS sinaliza que é possível a criança se autodesmamar, o que ocorre de forma natural. Em contraposição ao desmame natural, o desmame abrupto pode gerar insegurança na criança, e dificultar o processo de independência (BRASIL, 2015). O desmame abrupto é caracterizado pela cessação súbita e forçada da amamentação. Neste tipo de desmame, a criança poderá se sentir rejeitada pela mãe, e isso pode gerar insegurança e até mesmo rebeldia. Na mãe, poderá desencadear ingurgitamento mamário, estase do leite e mastite, além de tristeza e/ou depressão e luto pela perda da amamentação ou por mudanças hormonais (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, o MS (BRASIL, 2015) sugere que o processo de desmame ocorra de maneira espontânea ou até que a dupla mãe-filho estejam prontos, proporcionando uma transição satisfatória, menos estressante para ambos, atendendo assim, as necessidades fisiológicas, imunológicas e psicológicas da criança até ela estar suficiente madura para o desmame. Entre os sinais indicativos de que a criança está madura para o desmame, inclui-se:

idade maior que um ano; menos interesse nas mamadas; aceita variedade de outros alimentos; aceita outras formas de consolo; aceita não ser amamentada em certas ocasiões e locais; por vezes dorme sem mamar no peito; mostra pouca ansiedade quando encorajada a não amamentar; as vezes prefere brincar ou fazer outra atividade com a mãe em vez de mamar (BRASIL, 2015, p.91).

O desmame natural pode ocorrer em diferentes idades, em média entre dois e quatro anos, com participação ativa da mãe no processo, sugerindo passos quando a criança estiver pronta para aceitá-los e impondo limites adequados à idade (BRASIL, 2015).

Cabe salientar que, muitas vezes, a criança não demonstra sinais de desapego ou rejeição à amamentação, e não se mostra pronta para desmamar sozinha. Dessa forma, sugere-se que o desmame seja planejado, e feito de forma gradual, na medida em que a criança vai amadurecendo, pois, conseguido gradualmente, o resultado é positivo tanto para a mãe, quanto para a criança (HAMES, 2006; BRASIL, 2015).

Destarte, Winnicott (1982), recomenda que quando possível o desmame deve ocorrer de forma gradativa, buscando estabelecer outros vínculos e outros interesses com outras pessoas, outros alimentos e brinquedos, por exemplo.

O Ministério da Saúde sinaliza que:

A técnica utilizada para fazer a criança desmamar varia de acordo com a idade. Se a criança for maior, o desmame pode ser planejado com ela. Pode-se propor uma data, oferecer uma recompensa. A mãe pode começar não oferecendo o seio, mas também não recusando. Pode também encurtar as mamadas e adiá-las. Mamadas podem ser suprimidas distraindo a criança com brincadeiras, entretendo a criança com algo que lhe prenda a atenção (BRASIL, 2015, p.93).

Vale salientar que são muitos os fatores envolvidos nessa decisão, dentre eles os circunstanciais, sociais, econômicos e culturais. Cabe ao profissional de saúde ouvir a mãe e ajudá-la a tomar uma decisão, considerando os aspectos positivos e negativos, apoiando e respeitando a decisão da mulher e sua família (BRASIL, 2015).

O desmame é uma etapa muito importante na vida da mãe e da criança, uma vez que marca a separação física e psicológica da díade (SOUTO, 2015), portanto, as mulheres devem estar preparadas para as mudanças físicas e emocionais que o desmame pode desencadear, tais como: mudança de tamanho das mamas, mudança de peso e sentimentos diversos como alívio, paz, tristeza, depressão, culpa e luto pela perda da amamentação ou por mudanças hormonais (BRASIL, 2015).

2.2 O PERCURSO HISTÓRICO E A CONSTRUÇÃO SOCIOCULTURAL SOBRE O ATO DE AMAMENTAR

O ato de amamentar está inserido em uma complexa rede de relações que transcende a díade mãe-filho. Ultrapassa o plano biológico, sendo condicionado histórico, social e

culturalmente, permeado de crenças, tabus e mitos que podem influenciar na decisão de amamentar (MACEDO, 2014; MARQUES, 2011; BOSI; MACHADO, 2005).

Fatores como as diferentes culturas, os diferentes momentos históricos e os distintos contextos sociais que formam uma determinada sociedade, a política estatal, a medicina, os serviços de saúde, os avanços na pesquisa científica, a indústria de laticínios, a sociedade civil, dentre outros, influenciam e interferem na produção do conhecimento e nas práticas que se articulam no âmbito da amamentação-desmame (ALMEIDA, 1999).

O conhecimento popular sobre aleitamento materno, juntamente com suas construções sociais que compõe o elenco das crenças, mitos e tabus são transmitidos de geração a geração. Desse modo, as práticas alimentares para crianças são determinadas por um sistema cultural, marcado por símbolos, significados e sentidos, os quais constroem modelos alimentares em diferentes períodos e que acabam influenciando na adesão ou não da amamentação e por quanto tempo perdurará (MACEDO, 2014).

Para Campomori (2008, p. 78-79):

a cultura é a própria identidade nascida na história, que ao mesmo tempo nos singulariza e nos torna eternos. É índice e reconhecimento da diversidade. É o terreno privilegiado da criação, da transgressão, do diálogo, da crítica, do conflito, da diferença e do entendimento.

Nesse sentido, a fim de compreender os aspectos socioculturais no processo de amamentação, faz-se necessário conhecer os principais marcos desse processo ao longo da história, para então, promover práticas de ações de promoção, apoio e proteção ao aleitamento materno voltadas não apenas para o plano biofísico, mas que levem em consideração toda a conjuntura que envolve essa temática, buscando assim, a efetividade e eficácia dessas ações.

2.2.1 Amamentação no século XIX: A cultura do desmame

Os problemas relacionados à amamentação, bem como os mistérios, dúvidas, mitos e tabus não se limitam a atualidade, na verdade são mais antigos do que parece, podendo estar presentes desde o início da civilização (BOSI; MACHADO, 2005). Nessa senda, busca-se na história as respostas das influências sociais e culturais na alimentação da criança desde o seu nascimento, um comportamento que tem base na herança colonial.

No Brasil colônia, a alimentação do lactente indígena na fase de colo era basicamente de leite materno; a mãe colocava o alimento pré-mastigado nas mãos do filho, dando-lhe independência na decisão de levá-la ou não à boca. Assim que a criança começava a andar,

passava a se alimentar com a comida da família, todavia sem abandonar o seio materno. A duração da amamentação mista persistia até mais de dois anos, e o desmame era efetivado conforme a dieta dos pais, respeitando o hábito alimentar da família. O desmame antes dos dois anos ou o fato de não amamentar, dava-se apenas em caso de morte materna, doenças graves da mãe ou por uma questão cultural, por exemplo, quando a criança era indesejada, como aquelas nascidas da relação da índia com algum inimigo da tribo ou filhos de índias que mantinham relações sexuais com diferentes parceiros (ALMEIDA, 1999).

O trabalho materno não consistia em fator de desmame entre as índias tupinambás, apesar da grande carga de trabalho que a sua sociedade lhe impunha, muitas vezes superior à do homem. A índia conseguia harmonizar as funções de mãe, nutriz e trabalhadora (ALMEIDA, 1999).

No período colonial do Brasil, a amamentação era algo natural entre as índias, mas vista de forma negativa entre os portugueses, os quais atribuíam a essa prática uma ação primitiva não digna para uma dama ou mulher civilizada, e também se fundamentavam em crenças de que a amamentação fragilizaria a mulher, traria malefícios à estética e à beleza física, e ainda que comprometeria a vida do casal, pois as relações sexuais poderiam corromper a qualidade do leite materno (ALMEIDA, 1999; BOSI; MACHADO, 2005; SOUZA; ALMEIDA, 2005; MACEDO, 2014). Essa cultura europeia do desmame acabou influenciando a mulher branca e rica do Brasil colônia, que também aderiu a não amamentação do seu filho, passando essa atribuição para as amas de leite, papel imposto inicialmente às índias e depois às escravas negras (ALMEIDA, 1999).

O século XIX foi marcado por uma elevada taxa de morbimortalidade, sobretudo mortalidade infantil. Com isso, surgiram na primeira metade desse século, as práticas higienistas, que passaram a condenar rigorosamente o aluguel de escravas como amas de leite, e buscavam, entre outras coisas, resgatar sob a perspectiva da biologia, atribuir o caráter natural e instintivo da amamentação como fator imprescindível para a saúde e sobrevivência das crianças (ALMEIDA, 1999).

Uma pesquisa científica realizada em 1838, primeiro documento sobre aleitamento materno no Brasil, abordava a importância do aleitamento materno e defendia a construção social do fator biológico no âmbito da amamentação. O estudo apontava os riscos a que são submetidas as crianças que não amamentavam e os riscos que a mulher que se recusasse a dar mama poderia correr. Argumentava, ainda, sobre a “obrigação natural da mulher e o dever sagrado de ser mãe; a valorização das ações de promoção da saúde efetuadas pelo movimento higienista; a valorização do leite, como fonte capaz de transmitir a pureza dos costumes e a

força da constituição” (ALMEIDA, 1999, p.35). Desta construção, surge a responsabilidade nutrícia e maternal, além da culpabilidade atribuída à mulher, uma vez que obrigava as mães a amamentar e as responsabilizavam única e exclusivamente, pelas falhas, erros e insucessos atribuídos ao cuidado dos filhos (BADINTER, 1985; MACEDO, 2014).

O conhecimento científico da época que atribuía a lactação como um processo eminentemente biológico não respondia a outras questões referentes ao aleitamento materno como, por exemplo, a razão de algumas mães não conseguirem amamentar seus filhos (MACEDO, 2014). Isso mostrou a fragilidade do discurso médico científico e a incapacidade do profissional em lidar com os diversos aspectos de ordem socioemocional relacionados à amamentação (SOUZA; ALMEIDA, 2005). A resposta para esta problemática foi pautada na construção sociocultural da síndrome do leite fraco (MACEDO, 2014; SOUZA; ALMEIDA, 2005; ALMEIDA; NOVAK, 2004).

O leite fraco passou a compor a regra da exceção para explicar biologicamente os desvios do modelo higiênico na construção do aleitamento materno. Os condicionantes culturais da amamentação, propositadamente ou por desconhecimento, não foram contemplados pela medicina higienista (ALMEIDA, 1999, p.36).

Essa construção integrou-se de tal forma à cultura do aleitamento materno que no Brasil chegou a assumir o status de principal responsável pelo desmame (ALMEIDA, 1999).

Notou-se que o século XIX foi marcado pela cultura do desmame precoce em dois momentos, primeiro, influenciada pela sociedade europeia, mais especificamente de Portugal, em que por razão de crenças e costumes as mulheres não amamentavam seus filhos. E em um segundo momento, reflexo das práticas higienistas, as quais realizavam campanhas pró-amamentação sem, contudo, desenvolver iniciativas de apoio e atividades educativas no sentido de orientar e auxiliar a mulher a lidar com os problemas inerentes e passíveis de surgir no processo de amamentação, como as fissuras, ingurgitamentos, mastites, entre outros. Diante dessas dificuldades e, associado a ineficiência de orientações ou falta de soluções possíveis, passou-se a desacreditar da qualidade e quantidade do leite, fazendo-se referência ao leite fraco ou a falta de leite, argumentos que foram reconhecidos cientificamente na época.

Essa construção sociocultural ainda permanece presente nos dias atuais, sendo um dos principais motivos para o desmame precoce, como revelado em diferentes estudos (MONTEIRO et al., 2011; BROWN et al., 2014; MORAES et al., 2014; MOURA et al., 2015).

2.2.2 Amamentação no século XX: Da expansão do aleitamento artificial para a valorização da prática da amamentação natural

Com a disseminação do leite fraco e consequente aumento do desmame precoce, surge no início do século XX, a cultura do leite artificial. Foi um grande avanço científico para a alimentação de crianças que não podiam ser amamentadas por algum impedimento materno, seja por óbito ou por doença específica (GOMES et al., 2016). No entanto, esse alimento teve seu consumo expandido de forma indiscriminada, passando, inclusive, a ser prescrito pelos médicos como benéfico para a alimentação infantil, e importante elemento de profilaxia da desnutrição infantil. A corporação médica passou, então, de forma progressiva, da condenação do desmame no século XIX para o estímulo ao aleitamento artificial (ALMEIDA, 1999, BOSI; MACHADO, 2005).

Essas práticas associam-se a um forte marketing dos leites industrializados focalizado nos médicos e profissionais de saúde, os quais prescreviam as fórmulas para as mães, passando a desempenhar um papel decisivo como influenciadores de um novo movimento na sociedade: a “cultura da mamadeira”, tornando-se uma prática de alimentação comum e natural (ALMEIDA, 1999, BOSI; MACHADO, 2005).

A indústria construiu elementos culturais de valorização do leite em pó, que foram introjetados na sociedade brasileira por meio de estratégias voltadas prioritariamente [...] para os que detinham o poder de prescrever o regime alimentar do lactente: os pediatras. Os novos produtos foram difundidos como resposta às descobertas sobre as necessidades nutricionais, resultantes do avanço do conhecimento científico em relação às peculiaridades fisiológicas do metabolismo da criança. Logo, se o conhecimento científico avançava, a prática diária do puericultor deveria seguir o mesmo caminho. Assim, a indústria se apropriou da ciência da nutrição e, com recortes específicos, criou retóricas e abordagens semióticas para construção de 'Verdades' acerca de seus produtos (ALMEIDA, 1999, p.40).

A influência da indústria de alimentos na cultura se deu de forma tão intensa que modificou o comportamento social da mulher alimentar seu filho ao seio. Eram fortes as campanhas de distribuição gratuitas de leite em pó nas maternidades e a propaganda para desvalorizar o leite materno, fazendo com que as mães acreditassem que o leite em pó fosse o melhor (GOMES et al., 2016). Essas iniciativas contribuíram para o aumento do desmame precoce, que passa a representar um dos sérios agravos de saúde pública no final da década de 70.

Associado ao desenvolvimento da indústria de leite, a organização sociocultural da sociedade da época, com a mulher inserida no mercado de trabalho, bem como suas atividades

e responsabilidades sociais e domésticas foram fundamentais para a aceitação do aleitamento artificial (AMORIM, 2008).

Dois fatos importantes nesse período contribuíram para alterar a percepção sobre a prática da amamentação: os indicadores de saúde da criança e a publicação de “The Baby Killer” de Mike Muller, a qual revelou o quanto o intensivo uso de leites industrializados na alimentação de lactentes aumentava os índices de morbimortalidade infantil nas populações pobres de países da África, Ásia e América Central (GOMES et al., 2016; ALMEIDA, 1999). Essa crescente morbimortalidade infantil foi um importante motivo para o desenvolvimento de práticas de incentivo ao aleitamento materno.

A OMS e UNICEF iniciaram uma mobilização em todo o mundo, com a finalidade de retomar a valorização da amamentação natural e a reversão do desmame precoce. Para isso, essas entidades, juntamente com o Ministério da Saúde, passaram a realizar eventos para discutir a temática e buscar soluções para o problema. Como resultado, foi instituída, em 1981, a Política Nacional de Aleitamento Materno, lançada com o nome de Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), um programa de combate à desnutrição infantil, e um dos mais importantes instrumentos de governo para a redução da mortalidade infantil. Esse programa desencadeou um movimento de valorização da prática da amamentação na sociedade brasileira (ALMEIDA, 1999; ALENCAR, 2008).

Em 1988, foi promulgada a Norma para comercialização de alimentos para lactentes, como resolução do Conselho Nacional de Saúde, que restringiu a ação do marketing da indústria do leite em pó, tornando-se Lei em 2006 (Lei nº 11.265) que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos, sendo regulamentada pelo Decreto nº 8.552/2015 (AMORIM, 2008; BRASIL, 2006; BRASIL, 2015).

A superioridade do aleitamento materno ganha notoriedade e se transforma em unanimidade no meio científico, sendo amplamente divulgada para o público em geral, mediante campanhas nos meios de comunicação de massa. Essas campanhas abordavam as vantagens da amamentação, apontando não apenas os aspectos nutricionais e imunológicos que beneficiam a criança, mas também as vantagens do aleitamento para mãe, família, sociedade e Estado, e proclamavam a amamentação como um ato natural e instintivo, motivado, acima de tudo, pelo amor materno (ALMEIDA, 1999).

Outra vez, o paradigma norteador das ações pró-amamentação, utilizando-se do reducionismo biológico e do discurso ideológico em favor da amamentação, coloca a mulher como a grande responsável pela saúde da criança (ALMEIDA, 1999).

A partir de 1992, com a implementação do Programa da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil, surge um tímido sinal de avanço nas políticas públicas de aleitamento materno, incluindo, além da promoção, que já era amplamente difundida, a proteção e o apoio à amamentação. A inclusão desses dois atributos revela que a amamentação está além dos determinantes biológico, instintivo e natural, sendo também um fator social e cultural. Um processo complexo que exige aprendizado e apoio por parte da família, profissionais e instituições de saúde, sociedade e Estado. Com isso, estabelece-se um novo olhar sobre a mulher, que não pode ser responsabilizada única e exclusivamente pelo êxito da amamentação (ALMEIDA; NOVAK, 2004; SOUZA; ALMEIDA, 2005).

No final da década de 90, o Brasil registrou uma elevação significativa nos indicadores de Aleitamento Materno (ALENCAR, 2008). A partir de então, as ações de promoção do aleitamento materno promovido pelo governo ganharam visibilidade e se fortaleceram. Em virtude disso, ocorreu aumento das taxas de amamentação no País. A prevalência da amamentação exclusiva em menores de 6 meses passou de 3,1% para 41% entre 1975 a 2008. Em relação a duração média do aleitamento materno, que era de 2,5 meses em 1974-1975 passou para 6,8% meses em 1986, 9,9% meses em 1999 e 11,3 meses em 2008 (VENÂNCIO; MÉDICI; MONTEIRO, 20013).

Diante do que foi discutido até aqui, nota-se que os valores da amamentação são definidos com base em elementos culturais construídos socialmente, configurando-a como um híbrido natureza-cultura, no qual além de biologicamente determinada, é sociocultural, econômica e politicamente condicionada (ALMEIDA; NOVAK, 2004). Um comportamento social que é mutável, conforme as épocas e os costumes (SILVA, 1990).

Uma das características do século XX foi o significativo crescimento do uso do aleitamento artificial, com conseqüente ampliação do uso das fórmulas infantis como alimento essencial para lactentes, marcas deixadas na cultura das sociedades atuais, e que ainda permanecem influenciando na prática do desmame.

Com o aumento da morbimortalidade infantil passou-se a valorizar o aleitamento materno como alimento imprescindível para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, utilizando-se de fortes campanhas pró-amamentação de instituições governamentais e não governamentais que apoiavam a prática da amamentação.

Incluíram-se nas campanhas de promoção da amamentação, o apoio e a proteção do aleitamento materno, medidas fundamentais para o incentivo dessa prática, pois compreende o Estado, a família e os profissionais de saúde como grandes responsáveis na promoção, e especialmente no apoio e proteção da amamentação. A atuação do Estado dá-se por meio do

desenvolvimento de Leis, políticas e programas visando fortalecer, facilitar e possibilitar à amamentação. A família atua apoiando a mulher e ajudando-a a tornar essa vivência mais tranquila e confortável, seja contribuindo por meio de divisão das tarefas doméstica, dos cuidados com a criança ou amparando diante das dificuldades. E os profissionais de saúde, ao desenvolver ações de educação em saúde, buscam informar as mulheres e familiares sobre os benefícios e vantagens da amamentação natural, esclarece dúvidas, desmistifica mitos, crenças e tabus e promove o aleitamento materno, além de auxiliar a mulher diante das dificuldades e intercorrências, ajudando no que for necessário.

Assim, no século XX, instituições e organizações sociais de apoio à amamentação, passam a propagar o aleitamento materno como uma responsabilidade de todos: sociedade, Estado, família e profissionais de saúde. Cada qual com suas atribuições devem apoiar, promover e proteger o aleitamento materno, uma prática que vai além da saúde da mãe e da criança, pois é questão de saúde pública.

2.2.3 Amamentação no século XXI: Fortalecendo as ações de apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno

Atualmente, a amamentação continua sendo uma prática intensamente estimulada por organizações nacionais e internacionais de saúde considerada decisiva na redução das taxas de morbimortalidade infantil.

Descobertas epidemiológicas e biológicas durante a última década expandiram os benefícios conhecidos da amamentação na saúde da mulher e na saúde, nutrição e desenvolvimento da criança (VICTORA, et al., 2016). Já está evidenciado na literatura científica as inúmeras vantagens do aleitamento materno, que vão desde as propriedades biológicas do leite humano até as questões de cunho econômico, capazes de causar impacto tanto à família quanto ao Estado (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Diversos programas e políticas foram instituídos com vistas a fortalecer as ações de apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno, entre eles, destacam-se a Rede Amamenta Brasil, a Portaria nº 1.920/13, a Lei nº 11.265/06, a Lei nº 11.770/08, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), de 2015 e o documento Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, de 2017.

A Rede Amamenta Brasil é uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, que se propõe a aumentar os índices de amamentação no País a partir da troca de informações entre os diversos atores, capacitando os profissionais que atuam nas

Unidades de Saúde da Família (USF) para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do AM e para uma prática integralizadora (BRASIL, 2011).

A Portaria nº 1.920/13, institui a Estratégia Nacional para a Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável- Estratégia Amamenta Brasil, com o objetivo de qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade; e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina USF (BRASIL, 2011).

A Lei nº 11.265/06 dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância. O objetivo dessa Lei é contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e das crianças de primeira infância por meio dos seguintes meios: regulamentação da promoção comercial e do uso apropriado dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bem como do uso de mamadeiras, bicos e chupetas; proteção e incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 (seis) meses de idade e proteção e incentivo à continuidade do aleitamento materno até os 2 (dois) anos de idade após a introdução de novos alimentos na dieta dos lactentes e das crianças de primeira infância (BRASIL, 2015).

Já a Lei nº 11.770/2008, regulamenta a prorrogação da licença maternidade, passando de cento e vinte para cento e oitenta dias, sem prejuízo do emprego ou do salário, para funcionárias públicas federais (BRASIL, 2008). Essa é uma Lei importante para a promoção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança, filhos de mulheres que trabalham fora de casa.

A PNAISC tem o aleitamento materno e alimentação complementar saudável, como um dos eixos estratégico com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no País para garantir o direito à vida e à saúde, por meio de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (BRASIL, 2015).

O documento Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno tem como objetivo contribuir para a formulação e pactuação da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno no Brasil a fim de fortalecer as diversas ações de incentivo ao aleitamento materno desenvolvidas no País e assegurar, por meio da proteção legal, o direito à amamentação (BRASIL, 2017).

As políticas públicas atuais voltadas ao aleitamento materno no Brasil passam a reconhecer o trabalho da mulher como uma questão a ser ajustada a partir da sua adequação às

necessidades da amamentação (KALIL; COSTA, 2013). Assim, é operacionalizada por algumas estratégias, como o Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta, com o objetivo de apoiar a mulher trabalhadora na continuidade da amamentação após o final da licença maternidade, mediante acolhimento pelo empregador e/ou gestor e colegas. Conta também com a Proteção Legal ao Aleitamento Materno, para garantir o direito de mulheres trabalhadoras de amamentarem seus filhos e para proteger o aleitamento materno (KALIL; AGUIAR, 2016).

O Brasil tem uma legislação trabalhista bastante avançada para propiciar boas condições à mulher trabalhadora para que amamente (SANTOS; RÉA, 2008). No entanto, apesar dos benefícios estabelecidos e dos avanços na legislação de proteção à maternidade, a amamentação continua sendo um desafio para mulheres que trabalham, pois muitas dessas mulheres trabalhadoras não têm proteção maternidade, e quando têm, é inadequada e dificulta a continuidade da amamentação (ROLLINS; BHANDARI; HAJEEBHOY et al., 2016).

Estudo realizado por Fernandes et al., (2018) sobre condutas de gestores relacionadas ao apoio ao aleitamento materno nos locais de trabalho público e privado, revelou que há muitos entraves no apoio à amamentação nos locais de trabalho que ainda precisam ser revistos e solucionados, como indisponibilidade de sala para amamentação ou extração do leite materno, visão negativa dos gestores sobre a implantação de sala de apoio à amamentação na empresa, em razão de fatores como o de custo financeiro, espaço físico, tempo de pausa para amamentar. A maioria das empresas não possui creche para os filhos das trabalhadoras que amamentam e somente 35% proporcionavam auxílio-creche. O tempo máximo de licença-maternidade de 120 dias foi fornecido por 50% dos gestores (FERNANDES et al., 2018).

Esses achados revelam o quanto ainda é necessário avançar com relação ao apoio à amamentação, especialmente por partes das instituições empregadoras. Daí a importância de promover o aleitamento materno não apenas voltado para o público materno, mas toda a sociedade precisa tomar conhecimento da relevância da amamentação e dos seus benefícios para a criança, a mãe, o Estado e a sociedade como todo.

Alguns dados disponíveis sugerem que as políticas de licença maternidade são eficazes no aumento da amamentação exclusiva. E pode facilitar a continuidade da amamentação após o retorno ao trabalho em locais onde há creches disponíveis e onde há salas para amamentação ou extração do leite (ROLLINS; BHANDARI; HAJEEBHOY et al., 2016).

O fato de uma mulher estar no mercado de trabalho não pode impedi-la de viver a maternidade. Para tanto, é fundamental conscientizar patrões e governantes sobre a importância de ampliar as condições de as mulheres estarem próximas de seus filhos durante a jornada do trabalho para garantir o recebimento dos benefícios para a saúde de ambos, bem como para

manter o vínculo afetivo que é importantíssimo para o crescimento físico e mental saudável da criança nos primeiros anos de sua vida (SANTOS; RÉA, 2008).

Associado a essa realidade da mulher trabalhadora, este século conta ainda com as estratégias de marketing da indústria dos leites artificiais, as quais apresentam elevada competitividade com o leite materno e acabam por afetar negativamente a amamentação (ROLLINS; BHANDARI; HAJEEBHOY et al., 2016). O marketing influencia as normas sociais, fazendo acreditar que a fórmula é comparável ou melhor que o leite materno e que seu uso é uma prática moderna (PIWOS; HUFFMAN, 2015).

Em razão dos determinantes multifatoriais da amamentação, faz-se necessário implantação de medidas de apoio de forma conjunta com vários setores da sociedade civil, seja por meio de diretrizes legais, políticas sociais, condições de trabalho e emprego das mulheres bem como ações e serviços de saúde para permitir que as mulheres amamentem. Quando realizadas de forma compartilhada as intervenções de apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno tendem a ser mais eficazes (ROLLINS et al., 2016).

2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NO PROCESSO DE ALEITAMENTO MATERNO CONTINUADO E DESMAME

Ao longo dos anos e em diversos períodos da história, a medicina, a ciência e as políticas públicas de saúde incentivaram a mulher a amamentar, mas esqueceram de uma das mais importantes questões: ensinar como fazê-lo. “Ensinar, amparando a mulher, ajudando-a a vencer a historicidade de seus costumes, e mediando os conflitos daí emergentes” (ALMEIDA, 1999, p.37).

Linhares, Pontes e Osório (2014) sugerem que a promoção da amamentação seja guiada por meio dos construtos teóricos de Paulo Freire, método que norteia o processo educacional, com enfoque crítico-reflexivo, que estimula a autonomia, a participação e o empoderamento dos indivíduos, reconhece a influência dos aspectos histórico-social, político e econômico na vida das pessoas e sobretudo, enfatiza as suas experiências para promover transformações individuais e sociais.

Paulo Freire propõe uma educação voltada para a conscientização a fim de conhecer a realidade. Para o autor, quanto mais conscientização, maior a possibilidade de conhecer e compreender a realidade. E quanto mais o indivíduo reflete sobre a sua realidade maior será o seu comprometimento para transformá-la (FREIRE, 1979).

Uma educação que procura desenvolver a tomada de consciência e a atitude crítica, graças à qual o homem escolhe e decide, liberta-o em lugar de submetê-lo, de domesticá-lo, de adaptá-lo, como faz com muita frequência a educação em vigor num grande número de países do mundo, educação que tende a ajustar o indivíduo à sociedade, em lugar de promovê-lo em sua própria linha (FREIRE, 1979, p.19).

Assim sendo, através da educação, o homem toma consciência crítica da sua realidade e da sua capacidade de intervenção para mudá-la. (FREIRE, 1979).

Essas ideias difundidas por Freire são imprescindíveis nas ações de educação em saúde e para a saúde, uma vez que, corroborando com o pensamento de Freire, a proposta de Educação em Saúde (ES), segundo o MS, é de que seja uma ferramenta com potencial para desenvolver no sujeito uma consciência crítica e reflexiva da sua situação de saúde para buscar melhoria da qualidade de vida e saúde a partir do enfrentamento de problemas e dificuldades com relação à sua saúde (BRASIL, 2007).

Perfazendo as palavras de Paulo Freire (1999), eis um princípio fundamental: educação em saúde e conscientização são inseparáveis. Todo e qualquer aprendizado requer uma tomada de consciência da real situação de vida. Nesse sentido, destaca-se o potencial da educação em saúde para estimular o cuidado por meio de práticas de promoção da saúde, mudança no estilo de vida e transformação social.

No que se refere ao processo de aleitamento materno continuado-desmame, a prática de educação em saúde pode ocorrer estimulando nas mulheres uma consciência crítica da sua realidade de vida, fazendo-as refletir sobre seus sentimentos, problemas, suas dúvidas e dificuldades vivenciadas, para a partir disso, buscar formas de resolução, e de alcance de uma experiência positiva. Uma forma de educação não impositiva, pelo contrário, uma educação como prática de liberdade, de empoderamento, de respeito à opinião e decisão da mulher, e estímulo ao seu protagonismo nessa relação de cuidado.

Para o desenvolvimento da educação libertadora, faz-se necessário uma prática problematizadora, tomando como base a experiência individual de cada ser, por meio da dialogicidade, da comunicação, da interação, da participação ativa de todos os envolvidos no contexto educativo para a construção coletiva do conhecimento (FREIRE, 1987; FREIRE, 1999).

Destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma importante ferramenta para ações de educação em saúde e promoção de uma experiência positiva no processo de amamentação continuada-desmame, uma vez que o processo de trabalho das Equipes da ESF ocorre a partir do conhecimento da realidade e da situação de saúde e necessidades da sua população adstrita. Além disso, um dos atributos essenciais da ESF, o vínculo, possibilita uma

relação de confiança entre o profissional de saúde e a mulher assistida (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017). Em razão do vínculo construído, a equipe intervém com visão mais ampliada por conhecer os problemas de saúde das pessoas, estimula sua autonomia e participação durante a assistência, corresponsabilizando a pessoa pelo seu próprio cuidado (BRASIL, 2017). Nessa perspectiva, o conhecimento das vivências das mulheres no processo de amamentação continuada-desmame, e a construção do vínculo entre profissional de saúde e as mulheres assistidas podem facilitar a adesão da mulher ao cuidado diante das suas necessidades.

Essas ações de educação em saúde voltadas para o aleitamento materno devem ocorrer tanto no processo inicial da amamentação, como também durante a finalização desse ciclo, uma vez que em ambas as fases podem surgir dúvidas, problemas, sentimentos diversos, de medo, angústia, incertezas, frustração, entre outros sentimentos que devem ser respeitados. Assim, utilizando do conhecimento técnico-científico, o profissional de saúde irá orientar, assistir, auxiliar, acolher, cuidar e apoiar, a partir da realidade e da experiência individual de cada mulher.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Este é um estudo de abordagem qualitativa visto que busca compreender por meio das experiências maternas e das ações de educação em saúde de enfermeiros, aspectos subjetivos envolvidos na produção do cuidado frente ao processo de desmame.

Aplica-se o método qualitativo nos estudos das relações, representações, percepções, opiniões, experiências e vivências, partindo da interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados, que não podem ser quantificados e nem requer uso de dados ou técnicas estatísticas (PRODANOV; FREITAS, 2013; MINAYO, 2013). Em uma pesquisa qualitativa, o pesquisador preocupa-se mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, sendo, portanto, utilizado um critério não numérico na sua amostragem (MINAYO, 2013).

O trabalho caracteriza-se por ser do tipo descritivo, pois descreve as características de determinada população e fenômeno (GIL, 2008), e por utilizar a triangulação de dados, que consiste em vislumbrar o objeto de estudo sob diferentes perspectivas. Uma estratégia de pesquisa que se processa por meio do diálogo com diversos métodos, técnicas, fontes e dados, visando produzir um conhecimento mais aprofundado da realidade (DENZIN, 1973; MINAYO et al., 2005). Neste sentido, triangular é combinar e cruzar múltiplos pontos de vista, integrando a visão de vários informantes e empregando uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha a pesquisa (MINAYO et al., 2005). Assim sendo, neste estudo buscou-se cruzar e triangular as narrativas provenientes da História oral das mães com as entrevistas semiestruturadas realizadas com as/os enfermeiras/os e o diário de campo.

3.2 História Oral

A fim de apreender as vivências maternas acerca do processo de desmame, foi utilizado como referencial teórico-metodológico a História Oral (HO), que é um recurso usado para elaboração de estudos referentes a experiência social de pessoas e grupos, por meio de depoimentos gravados e transformados em textos escritos (MEIHY, 2002). Pode ser definida como método de investigação científica, fonte de pesquisa e técnica de produção e tratamento. É um método de pesquisa multidisciplinar, que permite uma aproximação do objeto de estudo por meio das narrativas de pessoas que vivenciaram acontecimentos. Trata-se de estudar

eventos históricos, grupos sociais, categorias profissionais, conjunturas, entre outros, à luz de depoimentos de pessoas que deles participaram ou os testemunharam (ALBERTI, 2013).

A história oral possibilita conhecer os acontecimentos passados através do estudo aprofundado das experiências e versões pessoais; compreender a sociedade através do indivíduo que nela vive; estabelecer relações entre o geral e o particular por meio de uma análise comparativa de diferentes discursos, e de entender como indivíduos e grupos específicos percebem e interpretam o passado para compreender suas ações (ALBERTI, 2013).

Paul Thompson afirma que por meio da história, as pessoas procuram compreender as mudanças e transformações por que passam em suas próprias vidas. “A HO é uma história construída em torno de pessoas. Ela lança a vida para dentro da própria história e isso alarga seu campo de ação [...] traz a história para dentro da comunidade e extrai a história de dentro da comunidade” (1992, p.44)

Por meio da história oral é possível fazer história não só dos grandes líderes de uma sociedade, mas também daqueles que são desconhecidos, registrar os aspectos socioculturais da vida das minorias, dar voz àqueles que vivem à margem do poder, dos mais desprivilegiados que raramente aparecem documentadas nos arquivos históricos (THOMPSON, 1992).

Alberti (2013, p. 33) complementa que “a história oral é individual, particular àquele depoente, mas constitui também elemento indispensável para compreensão da história e de seu grupo social, sua geração, seu país e da humanidade como todo”.

De acordo com o propósito da pesquisa, é possível escolher o tipo de história oral, que pode ser história de vida, história temática ou tradição oral. A primeira tem como ponto de interesse o próprio indivíduo, sua trajetória desde a infância até o momento em que fala, passando diversos acontecimentos e vivências, enquanto a história temática versa sobre um assunto específico, preestabelecido, um momento na vida das pessoas que resulta em experiências, e se compromete com o esclarecimento ou opinião de quem vivenciou um evento definido (ALBERTI, 2013; MEIHY, 2002). Já a tradição oral, uma das mais complexas e raras expressões da HO “trabalha com a permanência dos mitos e com a visão de mundo das comunidades que têm valores filtrados por estruturas mentais asseguradas em referências do passado remoto” (MEIHY, 2002 p.149). Busca revelar a estrutura e comportamento de um determinado grupo, bem como a noção de passado e presente daquela cultura (MEIHY, 2002).

Neste estudo, optou-se pela história oral temática, uma vez que visa captar as vivências das mães sobre o processo de desmame por meio de sua história passada na tentativa de apreender os significados, os valores, as relações existentes entre o individual e a coletividade, bem como as opiniões e esclarecimentos sobre as técnicas e práticas para desmamar.

3.3 Aspectos éticos

A pesquisa somente foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) com parecer nº 3.165.571 e CAAE nº 04191618.3.0000.0055.

Os colaboradores da pesquisa foram informados acerca dos objetivos, justificativa e benefícios do estudo, bem como da garantia do anonimato, os quais foram identificados através de códigos. Da mesma forma, foram garantidos o sigilo e a confidencialidade das informações, a privacidade respeitada, a liberdade em se recusar em participar da pesquisa, e o direito de desistir a qualquer momento, atendendo assim, a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que norteia a ética na pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012) e a Resolução 510/16 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a obtenção de dados diretamente com os participantes (BRASIL, 2016).

Toda pesquisa que envolve seres humanos, apresenta riscos de diferentes magnitudes, assim sendo, todos os esforços foram empregados na realização da pesquisa para minimizar os eventuais riscos e desconfortos que pudessem surgir, evitando-se qualquer prejuízo ou dano para as/os participantes.

Após aceitarem participar da pesquisa, as/os convidadas/os assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), sendo informadas acerca da utilização de um gravador e de que os dados seriam transcritos para posterior análise. Cabe salientar que o material da gravação será arquivado por cinco anos e após esse período será descartado.

Fizeram parte da pesquisa, mulheres e enfermeiras/os que se interessaram em participar do estudo e concordaram em assinar o TCLE, em duas vias, sendo que uma das cópias foi entregue aos participantes e a outra permaneceu com a pesquisadora.

3.4 Lócus do estudo

O projeto foi desenvolvido na Rede da Atenção Básica do município de Jequié- Bahia, Brasil.

A cidade de Jequié-BA possui uma população estimada de 161.150 habitantes, uma área territorial de 3.227,343 km² e localiza-se no Sudoeste da Bahia, com uma distância de aproximadamente 365Km de Salvador- BA (IBGE, 2015).

O município é habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde. A Rede de Serviços de Atenção Básica encontra-se estruturada com 4 Unidades Básicas de Saúde, 19 Unidades de Saúde da Família, 27 Equipes de Saúde da Família (CNES, 2017; BAHIA, 2014).

Foram selecionadas as USF da zona urbana que realizavam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças, formada por uma equipe na qual a/o enfermeira/o tinha o tempo mínimo de 6 meses de experiência. Iniciou-se pelas USF com maior número de crianças cadastradas e acompanhadas, seguidas por uma ordem decrescente até atingir a saturação dos dados empíricos.

3.5 Participantes do estudo

Como fonte para a construção do material empírico, foram utilizados dois grupos populacionais: mães que vivenciaram o processo de amamentação continuada e desmame e enfermeiras/os da Estratégia Saúde da Família.

3.5.1 Grupo 1- Mães

O grupo 1 foi composto por mães que vivenciaram o processo de amamentação continuada e desmame, que amamentaram seus filhos por um período de 1 ano ou mais. Considerou-se esse período, porque segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) é a partir de 1 ano de idade que o desmame natural poderá ocorrer, com média entre dois e quatro anos de idade. Assim sendo, buscou-se resgatar a experiência das mulheres que vivenciaram o desmame natural, bem como de mulheres que optaram por outras formas de desmame e que adotaram a recomendação da Academia Americana de Pediatria, que sugere o desmame aos 12 meses da criança, incluindo ainda, àquelas que preferiram por seguir as orientações de instituições nacionais e internacionais de apoio ao aleitamento materno de manter a amamentação da criança até o segundo ano de idade ou mais (BRASIL, 2015; WHO, 2017; SBP, 2017).

A seleção das colaboradoras para participarem desta pesquisa foi realizada através de uma amostra intencional por busca ativa ou por indicação de novos contatos com as características desejadas, a partir da rede pessoal das depoentes. Inicialmente, foram feitas visitas as USF para apresentar o projeto de estudo e fazer parceria com a equipe de saúde para identificação das mulheres elegíveis. Posteriormente, a pesquisadora fez contato com essas mulheres para procurar obter delas o interesse em participar da pesquisa e agendar a entrevista. A busca das mães foi feita também no momento em que elas estavam acompanhando seus filhos

para a vacinação ou consulta na Unidade. Foi apresentada a proposta do estudo e a mulher convidada a participar.

No contato inicial com a entrevistada, a pesquisadora explicou o trabalho e o método empregado na HO, deixando-a ciente dos propósitos da pesquisa, das implicações contratuais do seu depoimento e da existência do documento de cessão de direitos sobre o depoimento (APÊNDICE A). Trata-se de um documento por meio do qual o colaborador cede os direitos sobre sua entrevista e sem o qual não há como tornar o depoimento público. Esse documento foi assinado ao final da entrevista (ALBERTI, 2013).

Na história oral faz-se necessário definir a colônia e a rede que comporão o estudo, sendo a colônia um grupo de pessoas de uma mesma comunidade e a rede como uma subdivisão da colônia, visa estabelecer parâmetros para decidir sobre quem será entrevistado ou não, diz respeito às pessoas, foco de estudo para o desenvolvimento da pesquisa (MEIHY, 2002; MEIHY; HOLANDA, 2013).

Dessa forma, no presente estudo, a colônia foi representada pelas mães que vivenciaram o processo de amamentação continuada e de desmame, e a rede foi determinada pelos seguintes critérios de inclusão: mães que amamentaram seus filhos por um período igual ou maior que 1 ano de idade; mães que realizaram o desmame, e que esse tivesse ocorrido nos últimos quatro anos. Optou-se por limitar o tempo de desmame devido ao viés de memória, no entanto, acredita-se que a interrupção do AM é muitas vezes um fato marcante na vida da mulher, razão pela qual elas costumam lembrar com relativa precisão quando e como ocorreu esse processo (MARTINS; GIUGLIANI, 2012).

Foram critérios de exclusão: mães menores de 18 anos, devido a maior dificuldade de se obter autorização para o estudo dos pais ou responsáveis; mães que ainda estivessem amamentando; mães que tivessem realizado o desmame antes do primeiro ano de vida da criança.

Em HO, o número das colaboradoras pode ser definido a partir do momento em que as narrativas começarem a ficar repetitivas ao ponto de o pesquisador ter a impressão de que não há nada novo a apreender sobre o objeto de estudo, significa que se atingiu o ponto de saturação, não sendo mais interessante prosseguir com as entrevistas (MEIHY, 2002; ALBERTI, 2013). Alguns autores chamam de “lei dos rendimentos decrescentes”. Quando os depoimentos começam a se repetir está na hora de parar com as entrevistas (MEIHY, 2002).

Assim sendo, 12 mães que vivenciaram o processo de desmame do aleitamento materno prolongado participam deste estudo. Todas as mulheres que foram abordadas e convidadas, aceitaram participar.

Quadro 1: Caracterização das mães participantes da pesquisa.

COLABORADORA	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	RENDA	IDADE DO DESMAME
M1	40	Casada	Ensino Médio incompleto	Dona de casa	Meio salário mínimo	2a 3m
M2	48	Casada	Ensino Superior	Servidora Pública	4 salários mínimos	1a 2m
M3	36	União estável	Ensino Superior	Advogada	5 salários mínimos	1a 5m
M4	34	Casada	Ensino Superior	Professora	4 salários mínimos	1a 7m
M5	37	Casada	Ensino Médio	Autônoma	1 salário mínimo	1a 9m
M6	29	Solteira	Ensino Superior	Enfermeira	2 salários mínimos	2a 9m
M7	20	União estável	Ensino Fundamental	Dona de casa	1 salário mínimo	4a
M8	25	União estável	Ensino Médio	Diarista	1 salário mínimo	2a
M9	26	União estável	Ensino Fundamental	Dona de casa	1 salário mínimo	1a 4m
M10	25	Solteira	Ensino Fundamental	Auxiliar de limpeza	1 salário mínimo	3a 8m
M11	41	Solteira	Ensino Superior	Enfermeira	3 salários mínimos	2a 3m
M12	29	Casada	Ensino Superior incompleto	Operadora de caixa	2 salários mínimos	1a

Fonte: Pesquisa de Campo.

3.5.2- Grupo 2- Enfermeiras

O grupo 2, participantes da pesquisa, foram as/os enfermeiras/os da ESF que atuam na USF do município lócus do estudo. A escolha dessa categoria profissional justifica-se pelo seu papel no desenvolvimento de ações de promoção à saúde, enfocando na educação em saúde. A Lei do exercício desse profissional regulamenta que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, realizar educação em saúde, visando a melhoria de saúde da população (BRASIL, 1986).

Entre outros profissionais da ESF, o enfermeiro é o que consegue encontrar diversas oportunidades de contato com as mães, seja no pré-natal, nas consultas puerperais, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, havendo assim, grandes chances de realizar ações de educação em saúde sobre o processo de amamentação-desmame (RIBEIRO, 2011). Deste modo, foram incluídos no estudo enfermeiras (os) que estivessem atuando na ESF por um período mínimo de 6 meses, período de tempo para que os profissionais conhecessem a população de sua área de atuação, e que apresentassem uma experiência de trabalho mínima que possibilitasse conhecer as dinâmicas e fluxos de atendimento da Unidade, e assim facilitasse o desenvolvimento das atividades de educação em saúde. Foram excluídas os profissionais que estavam de férias ou licença no período da coleta.

Contatou-se 14 equipes de saúde da família, dentre essas, 2 enfermeiras se recusaram a participar da pesquisa e 3 não se enquadraram nos critérios de elegibilidade, assim sendo, este grupo foi composto por 9 enfermeiras (os), conforme caracterização no quadro 2.

O número de colaboradores seguiu o critério de saturação de dados empíricos, ou seja, quando o pesquisador alcança conhecimento suficiente para “compreender a lógica interna do grupo ou coletividade”, e o “entendimento das homogeneidades, das diversidades e da intensidade de informações necessárias para seu trabalho” (MINAYO, 2013, p.197).

Quadro 2: Caracterização das/os enfermeiras/os participantes da pesquisa.

COLABORADORAS	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	TEMPO DE SERVIÇO ESF	TEMPO DE FORMAÇÃO	PÓS-GRADUAÇÃO
ENF1	F	35	Solteira	2 anos	9 anos	-
ENF2	F	34	Casada	5 anos	10 anos	-
ENF3	F	41	Solteira	8 anos	10 anos	-
ENF4	F	36	Solteira	2 anos	10 anos	-
ENF5	F	34	Casada	2 anos	11 anos	Esp. Saúde da Família
ENF6	F	31	Casada	2 anos	6 anos	Esp. Obstetrícia
ENF7	M	33	Casado	2 anos	10 anos	-
ENF8	M	34	União Estável	6 anos	9 anos	-
ENF9	F	32	Casada	3 anos	9 anos	Esp. Saúde Pública

Fonte: Pesquisa de Campo.

3.6 Procedimento para construção do material empírico

Iniciou-se, num primeiro momento, uma interação com as/os colaboradoras/es para testar os instrumentos de coleta, a técnica e o plano de análise do material, a fim de identificar possíveis falhas e realizar ajustes ou adequação no método, caso fosse necessário.

Não havendo necessidade de fazer qualquer alteração no instrumento, as/os colaboradoras/es de ambos os grupos (mães e enfermeiras/os) que seriam testes, foram incluídas na pesquisa, e deu-se continuidade à construção do material empírico, que ocorreu entre os meses de março a maio de 2019.

3.6.1 Grupo 1- Mães

Para se obter dados sobre a vivência das mães, utilizou-se a técnica da entrevista em profundidade, direcionada por um roteiro (APÊNDICE B) que apresenta informações referentes ao perfil sócio demográfico e as questões norteadoras com pretensão de conduzir e estimular as

narrativas das colaboradoras. Segundo Thompson (1992) e Meihy (2002) a entrevista é o instrumento básico na metodologia da história oral.

A entrevista em profundidade permite que o colaborador fale livremente sobre um tema específico. O pesquisador utiliza um roteiro que serve apenas de orientação, pois não há uma ordem de assuntos a serem tratados, nem uma sequência rígida de perguntas, essas quando feitas buscam dar mais profundidade as reflexões, e são determinadas a partir das ênfases que o entrevistado dá ao assunto tratado (MINAYO, 2013).

A entrevista em história oral compõe-se das seguintes etapas: Pré-Entrevista, que é a etapa de preparação do encontro, momento de marcar locais e datas em que ocorrerá a entrevista, de apresentar à colaboradora os objetivos e a finalidade do projeto, bem como esclarecer sobre a importância da sua colaboração. Foi neste momento que a pesquisadora informou que a entrevista seria gravada, e que foram anotados os dados de identificação e de contato. A segunda etapa é o momento de realização da entrevista propriamente dita, e a Pós-Entrevista, etapa após a realização da entrevista, é o momento em que deve manter contato com as colaboradoras para estabelecer a continuidade do processo e validação do produto final (MEIHY, 2002).

3.6.2- Grupo 2- Enfermeiras/os

A interação com as/os enfermeiras/os foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando um roteiro que contemplou questões relacionadas as ações de educação e orientação em saúde acerca da amamentação continuada-desmame desenvolvidas pelos profissionais em suas unidades (APÊNDICE B). A entrevista semiestruturada utiliza e obedece a um roteiro com sequência de questões e perguntas inerentes às circunstâncias momentâneas, que buscam responder aos pressupostos da pesquisa (MINAYO, 2013).

Esse instrumento buscou investigar as ações de educação em saúde nas consultas de pré-natal, de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, na sala de espera, nos atendimentos e conversas, nos grupos educativos, nas visitas domiciliares, entre outras atividades educativas desenvolvidas com gestantes e nutrizes, as quais foram analisadas utilizando-se como referencial teórico-filosófico os construtos de Paulo Freire, com ênfase no diálogo, na problematização e na contextualização.

Cabe salientar que os encontros para a coleta das informações dos dois grupos populacionais ocorreram em sala privativa da USF, conforme disponibilidade dos colaboradores.

3.6.3 Registros no caderno de campo

Além das entrevistas, foi utilizado com os dois grupos participantes da pesquisa, o caderno de campo, conforme sugerido em pesquisas com HO. Nele, foi registrado todo tipo de observação feita a respeito das/os entrevistadas/os, suas reações, os gestos faciais e corporais, o olhar, o tom de voz, entre outros dados que serviam para interpretação das falas; o caderno de campo deve registrar ideias e impressões sobre o que aconteceu e todos os detalhes notados durante a entrevista (ALBERTI, 2013).

Nesse contexto, Minayo (2013) traz a definição como diário de campo, um instrumento utilizado pelo pesquisador durante todo o desenvolvimento da pesquisa, um caderno de notas em que o investigador vai anotando tudo que observa. Nele, coloca-se impressões pessoais, conversas informais, observações de comportamentos contrários com o que se fala, além de manifestações dos entrevistados quantos aos pontos investigados, entre outras informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas. Isso permite a construção de um conjunto de detalhes e dados que irão reunir os diferentes momentos da investigação e auxiliar na descrição e análise do objeto estudado.

Pode ser útil para o pesquisador avaliar a entrevista realizada e verificar se foi bem-sucedida, constituindo instrumento de crítica e de avaliação de seu alcance e de suas limitações (ALBERTI, 2013).

As anotações foram feitas ao final de cada entrevista como um roteiro prático das atividades realizadas.

3.7 Técnica de análise do material empírico

Foi utilizada a HO para coleta e análise das narrativas das mães colaboradoras deste estudo. Esse método obedece a seguinte sequência após a entrevista: transcrição, conferência, uso e arquivamento (MEIHY, 2002).

Inicialmente, foi feita a transcrição das entrevistas realizadas com as mães, que é o primeiro tratamento dado às narrativas, em que busca traduzir a gravação oral para a linguagem escrita (ALBERTI, 2013; MEIHY, 2002). As entrevistas foram transcritas na íntegra, mantendo

perguntas e respostas. Esta etapa foi feita logo após o término de cada entrevista. Posteriormente, foi realizada a textualização, que é a fase na qual as perguntas são eliminadas e as palavras sem peso semântico são retiradas. Nesse momento, procurou-se estabelecer uma frase guia, conhecida como ‘tom vital’, que serve de epígrafe para a leitura de cada entrevista. Essa frase funciona como “farol a guiar a recepção do trabalho” (MEIHY, 2002, p. 173). E por fim, a última etapa da transcrição, a transcrição, que “se compromete a ser um texto recriado em sua plenitude” (MEIHY, 2002, p. 173). A transcrição ganha novos sentidos, pois é “ato de recriação para comunicar melhor o sentido e a intenção do que foi registrado” (MEIHY E HOLANDA, 2013, p. 136).

O texto recriado passou pela conferência e validação das mães colaboradoras do estudo para o reconhecimento do seu depoimento e posterior autorização. Nesse momento, as mães foram orientadas a aprovar ou rejeitar qualquer parte do texto que não tivesse de acordo com o que quiseram expressar (MEIHY, 2002). Essa devolutiva é uma técnica própria da história oral, portanto, feita apenas com as narrativas das mães. Após a validação e versão final, o material empírico foi submetido a análise.

Foi empregada a técnica da Análise Textual Discursiva, que tende a fazer interpretações na perspectiva da construção e reconstrução de significados, de compreensões sociais e culturais relativas ao fenômeno que se investiga, partindo do olhar dos sujeitos envolvidos na pesquisa (MORAES; GALIAZZI, 2011).

Para a apresentação dos recortes das narrativas foi utilizada a letra “M” para representar as mães e as iniciais “Enf” para representar as/os enfermeiras/os.

3.7.1 Análise Textual Discursiva

Buscando superar a fragmentação na análise e compreensão dos fenômenos no sentido de captá-los em sua globalidade, a Análise Textual Discursiva (ATD) enfoca no todo, compreendido como discurso construído e reconstruído coletivamente (MORAES; GALIAZZI, 2011).

De acordo com Moraes e Galiuzzi (2011), a ATD está organizada em quatro focos, apresentados a seguir:

1. Desmontagem dos textos, que consiste na desconstrução e unitarização. Implica em examinar o texto em seus detalhes, fragmentando-os no sentido de atingir unidades constituintes, conjunto de significantes, enunciados referentes aos fenômenos estudados.

2. Estabelecimento de relações. É o processo de categorização, em que busca construir relações entre as unidades de base, combinando-as e classificando-as, reunindo esses elementos unitários na formação de conjuntos que congregam elementos semelhantes, resultando em sistemas de categorias.

3. Captando o novo emergente. Compreensão renovada do todo, partindo dos elementos construídos nos passos anteriores.

4. Um processo auto-organizado, do qual emerge novas compreensões.

Assim, ATD pode ser compreendida como um processo cíclico auto-organizado de produção de novas compreensões, em que novos entendimentos emergem a partir de três componentes: a desconstrução dos textos do “*corpus*”, a unitarização; o estabelecimento de relações entre os elementos unitários, que é a categorização, e por fim captar o emergente em que a nova compreensão é comunicada e validada (MORAES; GALIAZZI, 2011).

Dessa forma, Moraes e Galiazzi (2011) propõem que a análise textual seja realizada, inicialmente, por meio de uma leitura rigorosa e aprofundada do material produzido com o objetivo de interpretá-los e extrair as unidades de análises pertinentes ao objeto de pesquisa, por meio de uma desmontagem dos textos, o processo de unitarização. Posteriormente, realizar-se-á a classificação das unidades de análise similares, que resultam nas categorias, as quais devem destacar um aspecto específico e importante do fenômeno estudado. Através da caracterização dos enunciados significativos e sua categorização, resulta o “metatexto”, a partir do qual serão organizadas e apresentadas as compreensões e interpretações derivadas do conjunto de textos produzidos.

4 NARRATIVAS DA MÃES

Mãe 01

M1, 40 anos de idade, casada, Ensino Médio incompleto, dona de casa, renda de meio salário mínimo. Tem um filho com 5 anos de idade, que amamentou até 2 anos e 3 meses. A mãe relata que até essa idade, a criança praticamente só mamava, e aceitava muito pouco a alimentação da família, em razão disso, a mãe decidiu por desmamar a criança, sendo uma experiência marcada por um processo bastante conflituoso e com muita dificuldade.

“Uma amiga me ensinou botar babosa e eu botei, quando botei, o bichinho provocou bastante (vômito), aí não quis mamar mais de jeito nenhum. Foi tiro e queda.”

Com 1 ano e 9 meses eu comecei tentando tirar, porque ele não queria introduzir outra comida, só era a mama mesmo. Não queria nenhum tipo de comida, viciado no peito, só queria o peito porque era mais fácil, e eu já não estava mais aguentando amamentar.

Você fica fraca, eu mesmo emagreci bastante, porque eu não tinha tempo nem de comer, ele chorava querendo peito, e era 24 horas em cima de mim, aí eu emagreci bastante. Era de um jeito que já dormia sem sutiã, sem nada, já para facilitar mesmo. Nunca vi um menino tão esfomeado igual a esse. Eu já quase nem tinha mais leite, de tanto ele sugar. Eu nunca vazei peito porque nem dava tempo de encherem.

Tinham noites que nem dormia porque só querendo peito, depois que eu desmamei, ele começou a comer outras coisas e conseguia dormir a noite todinha, e eu também, descansava.

Busquei, experiências com outras pessoas que tinham filho, orientações entre as amigas. Uma dizia que com dipirona... botei dipirona nos peitos para ver se ele não queria, mas ele continuou mamando, não resolveu. Outro dia uma amiga me ensinou botar babosa e eu botei, quando botei, o bichinho provocou bastante (vômito), aí não quis mais mamar de jeito nenhum. Foi tiro e queda! Acho que ele estava pensando que o leite já estava estragado, acho que ele pensou que era isso.

E demorou para comer outras coisas, ficou sem comer nada, deu trabalho (para aceitar qualquer outro tipo de alimentação). Mamadeira mesmo, ele não pegou, não aceitou mamadeira, rejeitou todo tipo de bico de mamadeira. Fazia mingau na colher, as vezes dava e ele comia. E depois começou a comer papinha, e ele foi começando a comer.

Desmamar foi bom, porque ele soube querer outras coisas, se eu soubesse que seria assim, eu teria desmamado já antes, há muito tempo. Ele ficou ruim de boca, até hoje JV é ruim de boca, para comer comida dar trabalho, e foi por causa disso. Se eu tivesse desmamado antes, ele já teria comido bastante coisa. Decidi desmamar também porque ele deu anemia falciforme. Ele já nasceu com essa anemia, mas tomava remédio e não parava com a anemia, aí eu tive que introduzir outras coisas porque já não estava servindo mais só o leite.

Quando fui no pediatra ele disse para tirar a mama por conta que ele estava com anemia forte, eu fiquei com medo de dar uma leucemia também, porque ele tomava muito remédio e não resolvia.

Se ele quisesse introduzir outra coisa, comer outras coisas, eu tinha dado mama até ele deixar. Eu acho muito bonito uma mãe amamentando, se fosse para eu amamentar mais, eu amamentava, só que a questão, era que ele não queria introduzir outra coisa, porque eu acho muito bonito uma criança que come alguma coisa e mama.

Mãe 02

M2, 48 anos, Ensino Superior completo, servidora pública, renda de 4 salários mínimos, casada. O casal tem uma filha que amamentou até completar 1 ano e 2 meses. A mãe relata que a criança deixou o peito naturalmente, sem que nenhuma intervenção fosse necessária.

“Foi bem tranquilo [...] porque fui fazendo de forma gradativa, dando alimentação diferente, ela foi se adaptando a outras comidinhas e as mamadas foram diminuindo.”

Eu pensava que iria dar trabalho, porque ela mamava bastante, mas não, foi completamente diferente do que imaginei. Quando ela completou 1 ano e 2 meses, ela simplesmente disse que não queria mais, que estava ruim e que não queria mais.

Começou com a introdução alimentar, depois do 6º mês, pelo fato de você estar colocando outras comidas, outras coisas, ajuda muito. Fui fazendo de forma gradativa, dando alimentação diferente, ela foi se adaptando a outras comidinhas e as mamadas foram diminuindo.

Foi bom ter realizado o desmame, porque já estava ruim quando eu saía para trabalhar, o horário não batia para mamar, então foi bom por esse motivo, porque não tinha mais a preocupação de chegar o horário e ter que dar mama, nesse sentido foi bom.

Mas teve uma pitada de tristeza porque é bom demais esse laço, esse carinho, essa troca de carinho na hora da amamentação... é muito bom, porque é onde a gente sente mais realizada. Então, eu senti um pouco nesse sentido, de tê-la mais próxima. Mas como o desmame aconteceu naturalmente, então não me senti tão... como posso dizer... não foi tão ruim.

Amamentar é muito bom, e quando o desmame acontece naturalmente é melhor ainda, porque sofre menos você e a criança também, pelo fato de não está introduzindo nada no peito como muitas fazem. Então é bom quando acontece naturalmente, foi muito boa essa experiência.

Mãe 03

M3, 36 anos de idade, advogada, união estável, renda de 5 salários mínimos, tem um filho de 2 anos de idade, que mamou até 1 ano e 5 meses. A mãe relata a necessidade do desmame, em razão de sua saúde psíquica que se encontrava fragilizada e precisava fazer uso de medicamentos contraindicados na amamentação.

“Ele chorou a noite toda, foi muito desesperador, muito! Um sofrimento! Eu chorei muito, achei que não iria conseguir, chorei demais vendo o sofrimento dele que era desesperador. Ele chorou de soluçar, passou a noite todinha chorando, não sei como ele conseguiu.”

O processo de desmame foi muito difícil, foi mais difícil para mim do que próprio para ele, porque ele mamava muito, não pegou chupeta, então fazia da mama a chupeta, ele só dormia sugando, aquele movimento da chupeta mesmo, de sugar. Quando a criança chupa chupeta, nem que seja para enganar, você consegue enganá-la melhor porque ela está ali naquele soninho, você coloca a chupeta e a criança vai dormir.

Então quando eu decidi desmamá-lo - que tive que fazer isso porque tive depressão e tive que tomar medicação - foi muito difícil, porque eu tentei desmamá-lo primeiro (antes de iniciar a medicação), eu tentei tirar, meu marido me ajudou muito, só Deus sabe como eu tentei para não o fazer sofrer como ele sofreu nos três dias que eu tive que secar o leite. Eu coloquei

adesivo, porque meu obstetra falou: “coloca *band aid* e diz que está dodói”. Dizem que não é legal fazer isso, mas eu fiz. E ele arrancava e dizia: “não está dodói, mamãe”, puxava e mamava. Me ensinaram também dipirona, diz que amargo, ele não vai querer, pois ele limpava e mamava.

Aí eu fiquei sem opção, cada dia que passava, eu vinha piorando e tive que desistir, e tive que tomar remédio para secar o leite. Nas primeiras duas noites foram terríveis, porque ele chorava muito, meu marido teve que dormir na sala com ele, mas graças a Deus deu tudo certo, na terceira noite ele já não procurava mais o peito.

A pediatra pediu que de início, eu começasse a desmamar aos poucos, só que foi muito traumático porque eu precisei tomar medicação com urgência e não tive esse período realmente do desmame gradual, essa que foi a pena que deu, essa culpa, essa dor que vem, ter parado de mamar de um dia para noite. Foram 3 dias para desmamar, e com a ajuda do marido. Eu deixo bem claro, que o marido, o pai da criança é uma figura fundamental nesse processo.

Se não fosse a ajuda do marido seria bem mais difícil, porque o marido ele te dá o suporte, quando ele é presente, quando ele entende da tua necessidade de fazer o desmame, ou até mesmo quando a pessoa tem saúde e pode dar mama até os dois anos, a presença do marido é muito importante na ajuda das mamadas de madrugada, de estar ali presente, é muito importante no período da amamentação.

O que a pediatra me falou, e eu já sabia, então não acrescentou em nada, foi: “vai diminuindo as mamadas, durante o dia não dá”, eu já não dava, “a noite põe ele para dormir com o pai”, e esse que era o sofrimento como ele só dormia comigo porque ele acordava de 10 em 10 minutos, então o sofrimento foi aí, ter que se separar a noite. Ele chorou a noite toda, foi um desespero [...] um sofrimento! Eu chorei muito, eu achei que eu não iria conseguir, eu chorei demais vendo o sofrimento dele que era desesperador, ele chorou de soluçar, ele passou a noite todinha chorando, não sei como conseguiu. Isso no primeiro dia, no segundo foi mais tranquilo e no terceiro ele se conformou, e não procurou mais o peito.

E outra coisa, com relação a ele não ter procurado mais... eu sempre conversava com ele também, porque isso que é importante. Tem mãe que acha ‘ah não, a criança é muito pequena para entender’. Não! Você tem que conversar com o seu filho desde sua barriga, quando você descobrir que está grávida, é importante o diálogo com seu filho desde os primeiros dias na barriga e depois que vem ao mundo também. Porque ele também não pediu mais porque fui explicando “G., o leite da mamãe acabou, não tem mais leite. Você vai tomar a sua vitamina, vai tomar leitinho, vai comer comidinha, o leite da mamãe secou, filho, olha não tem mais”, eu mostrava para ele “olha acabou”, ele falava: “mamãe, acabou leite”, e eu: “acabou, G.”.

Eu tentei o curativo, a dipirona e a conversa. E foi a conversa que resolveu! Para você ver importância do diálogo com seu filho desde pequeno.

Durante o dia foi mais fácil porque ele estava na creche já, ele entrou na creche com 1 aninho de idade, então eu trabalhava e ele não procurava o peito, mas quando eu pegava ele na creche 17:30h ele já queria mamar. Durante o dia foi mais tranquilo por causa disso, e também porque ele já comia tudo, desde os 6 meses ele entrou na papinha doce, depois na salgada e com 1 ano e 5 meses, que foi quando eu desmamei, que tirei a mama, ele já comia de tudo.

Você dar mama, você ver ele mamar, você estar dando alimento para seu filho é como você ver o passarinho dando comida na boquinha do filhote, isso é muito lindo. Quando eu estava dando de mamar, o sentimento é lindo, é maravilhoso, agora na parte de desmamar é que é triste porque você sente um peso de culpa absurda, porque se dependesse de mim, ele estaria mamando até hoje com 2 anos e 4 meses. Ele desmamou com 1 ano e 5 meses, mas foi totalmente contra minha vontade, porque realmente eu não pude dar continuidade.

Então, para desmamar, exige controle emocional porque você tem que ter, porque você estar ali amamentando tranquila e de repente ter que tirar. Da minha parte foi difícil, porque eu não tirei porque eu quis. Eu tinha muito leite, até 1 ano e 5 meses, meus peitos vazavam, eu ia trabalhar com absorvente nos seios, tirava leite no escritório porque era muito leite, tinha muito demanda de leite, então para mim foi muito difícil por conta disso. Eu não tirei porque eu quis tirar, porque estava na hora de tirar, não! Eu fui obrigada a tirar.

E eu fiquei preocupada porque o ato de amamentar, é um ato de amor, a criança cria um vínculo muito grande com a mãe, e a mãe com o filho, existe aquela troca de calor humano, aquela troca de olhares que é muito lindo, aquela troca de amor de ambas as partes, a criança se sente protegida, a mãe passando calor para ele, ele se sente seguro, é um momento único. E coisa de mãe de primeira viagem, eu achava ‘ah meu Deu será se ele não vai ficar mais tão grudado a mim?’ porque ele sempre foi, mas não, muito pelo contrário, ele ficou ainda mais agarrado, ele só dorme segurando o bico do peito, continuamos muito unidos.

Mãe 04

M4, 34 anos de idade, professora, casada, renda de 4 salários mínimos, tem um filho de 2 anos de idade, que mamou até 1 ano e 7 meses. Narra uma experiência de desmame abrupto muito sofrida e de muita dificuldade, mas que teve um grande apoio do marido, o que foi primordial para o que o desmame acontecesse.

“Deixar chorando foi o método que eu utilizei, foi doloroso, mas deu certo!”

Foi bem difícil, eu só consegui porque tive ajuda do marido, porque C. chorou muito nas primeiras noites.

Na primeira noite ele chorou tanto, que eu já estava desesperada, queria o peito a todo momento, só que eu decidi “Eu vou ter que parar com isso, com esse dó que eu tenho dele, e vou lutar”, foi aí que o marido chegou e disse “deixa ele chorar, que ele vai parar, uma hora ele vai parar”. E ele não parava, ele chorava muito, muito!

Meu marido foi meu porto seguro naquele momento. Se não fosse ele, iria ser muito difícil. Eu não iria conseguir só não, foi muito difícil ver meu filho chorando daquele jeito, apavorado e eu ficar quieta. Meu marido teve que sair, ficar em outro canto da casa, na sala, e eu dentro do quarto, me torturando em ver aquela situação. E eu dizia: “vamos deixar para amanhã” e ele: “não, você tem que resistir, vai ser para o bem dele e para o seu bem”, e eu: “como vai ser para o bem dele se eu estou tirando a mama dele? Não vai ser para o bem dele, vai ser para o meu bem, que eu vou dormir”, mas ele dizia: “Já está no momento, vamos pensar em nós também”.

Quando foi no segundo dia já deu uma melhorada, e no terceiro dia ele já não lembrava, ele conseguiu dormir a noite toda.

Esse foi o desmame noturno, foi o pior, eu tirei primeiro a amamentação noturna porque achava mais difícil. Aí depois, durante o dia, já com a introdução de outros alimentos foi mais fácil, fui introduzindo alguns alimentos aos poucos, algumas frutas, vez ou outra dava mama e ia passando, e ele não sentia mais falta do peito, aí com o tempo ele nem queria mais a mama. Mas a noite, para mim, foi bem difícil, muito mesmo, terrível! Ele queria mais a noite, não sei o que era aquilo, ele queria o tempo inteiro. Acho que... não sei... porque de dia você não percebe tanto e a noite você dormindo, você vai acordando e vai percebendo mais. Quando ele mamava, ele acordava de 5 a 6 vezes na noite, parece que tinha acostumado o peito como uma chupeta, eu não sei se era vontade de mamar ou ser era para ficar mais pertinho de mim, ele chorava e ele já queria mamar, e eu deixava, às vezes eu ficava com ele no peito para poder dormir.

Foi triste para mim, foi bem triste, porque ele estava querendo mamar... era como se ele quisesse, e eu não quisesse dar mama, era uma coisa que eu tinha ali naquele momento, às vezes eu pensava ‘Meu Deus eu tenho a mama, e eu vou deixar só por causa da noite, só para eu poder dormir?’ Então para mim foi bem triste, muito triste, de verdade!

Para ser sincera, eu queria dormir à noite toda, e eu via que tirando a mama, ele iria dormir, como dormiu, a noite inteirinha. Eu acho que o psicológico da mulher tem que estar bem preparado, muito! Porque afeta bastante. Então a gente tem que se preparar psicologicamente para isso, porque vai afetar outras coisas, na saúde física mesmo.

Eu achava que iria ser mais fácil, porque o desmame noturno me causou trauma, eu fiquei traumatizada, o choro dele o tempo todo... chorando... aquilo me apavorava, se não fosse o marido, eu não iria conseguir, então para mim foi terrível.

Eu acho que se tivesse um acompanhamento de algum profissional de saúde teria sido bem mais fácil, trabalhado meu psicológico, eu iria ser mais forte e ter me orientado como eu deveria fazer com certeza iria me ajudar bastante.

Eu perguntei para a pediatra se eu poderia parar de amamentar e ela disse que pelo tempo já era suficiente, mas se eu quisesse continuar seria muito bom, que era uma coisa muito pessoal. Mas sobre o processo de desmame, de como fazer o desmame, não recebi nenhuma orientação. A D. (amiga e enfermeira) me orientou, disse que era para eu deixar chorando, que isso era assim mesmo, era um processo.

Deixar chorando foi o método que eu utilizei, foi doloroso, mas deu certo!

Mãe 05

M5, 37 anos de idade, casada, Ensino Médio completo, autônoma, renda de 1 salário mínimo. Tem 2 filhos, um de 5 anos que mamou até 1 ano 7 meses, e uma mais nova de 3 anos de idade, que mamou até 1 ano 9 meses. Relata o desmame da filha mais nova, e sinaliza a importância do diálogo com a criança e apoio da família nesse momento de separação física, que acarreta em tanto sofrimento para a criança.

“O que facilitou o desmame foi o diálogo, com certeza!”

Eu estava louca para desmamar, porque B. estava ficando chata demais, eu fui testando para ver como iria ser, eu falava assim: “mamãe vai tirar o tetê tá bom?!” E ela chorava.

Desde 1 ano e 6 meses que eu já vinha falando que iria tirar, aí pelo fato de ela ficar chorando... quando eu falava, ela ficava chorando, eu não tirei. Teve uma noite que eu falei que iria tirar: “você não vai mamar mais!” coloquei no berço, e não parou de chorar, eu não tirei porque passou a noite toda chorando, aí peguei e dei.

Só que dessa vez que eu decidi realmente, porque ela já estava muito chata, aí eu falei “chatice por chatice, então vou tirar logo”. Chata, no sentido de que ela queria sugar o tempo inteiro, ela mamava muito! Tanto que estava me cansando ao extremo. Inclusive de manhazinha cedo, a parte que mais me incomodava, que até dor eu sentia no corpo inteiro, porque cansava ficar de um lado só, mesmo que virasse de lado, incomodava a coluna, estava me causando dor mesmo. Quando eu tirava a mama para descansar, ela continuava chorando, chatice nesse sentido, me causava incômodo, dor, e o tempo todo chorando, eu tinha que dar mama para não ter o desconforto sonoro.

Ela acordava de noite para mamar, uma ou duas vezes, só que de manhã era a parte pior, porque ela acordava cedo ia para minha cama, eu dava de mamar na expectativa de ela mamar um pouquinho ali e depois dormir, mas que nada, ela queria ficar, aí eu tirava o peito porque cansava, virava para o lado e ela chorava e ninguém dormia, ninguém mais estava dormindo, nem eu, nem ela, nem o pai, ninguém, aí eu falei: “Não, já está na hora!”.

Ai eu ‘Oh Senhor e agora como vou fazer?’ Porque eu achei que ia ser bem difícil, só que não, eu resolvi e falei: “a mamãe vai tirar o tetê, está bom?!” E ela entendeu, por incrível que pareça, até eu fiquei assim (reação de surpresa).

Eu expliquei para ela, falei firme que não iria ter mais tetê e ela entendeu. Ela vinha e falava “tetê”, mas não chorava, não esperneava, não fazia mais nada. Entendeu de boa, foi ótimo! Foi tranquilo, em paz.

O que tenho em mente é uma pregação de um padre, ele disse que um cachorrinho que a gente tem em casa, se a gente vai viajar, a gente tem que explicar para ele que a gente vai viajar, quanto mais uma criança, isso que tenho em mente, isso não sai de mim. E o que facilitou o desmame foi isso, o diálogo, com certeza!

Não foi como eu imaginei, eu pensei que ela iria chorar, passar a noite sem dormir, eu e ela, mas não foi, ela entendeu. Só com conversa.

Eu pensei que o pai também iria ser uma barreira porque na primeira tentativa que ela ficou chorando a noite toda, ele ficou aborrecido, bem aborrecido, eu pensei que ele iria ser uma barreira e não foi, ele apoiou também. Então foi o momento certo, foi ótimo! Minha irmã sempre me dizia que chegaria o momento certo.

Eu senti um alívio. Foi muito bom porque eu não estava aguentando mais, estava muito cansada pelo fato de ela estar muito chata. E crescidinha já, com quase 2 anos, eu acho que suga mais, com mais força, incomoda a gente. E também, você já sente a necessidade para você mesmo, para ser mais independente, para se sentir mais bonita. Agora eu posso colocar escova progressiva no meu cabelo, sem medo.

Mãe 06

M6 tem 29 anos, é enfermeira, pós-graduada, solteira, tem um filho de 3 anos de idade, que foi desmamado com 2 anos e 9 meses. Sente-se realizada em ter vivenciado uma amamentação bem-sucedida e amamentado seu filho até essa idade, que para ela foi o momento certo para a concretização do desmame.

“Eu acho que tudo é questão de tempo, às vezes a gente quer atropelar o tempo e na verdade já tem um tempo para que as coisas realmente sejam determinadas e finalizadas.”

O processo de desmame foi algo muito rápido, porque eu precisei viajar, e deixei ele com meus pais. Quando eu retornei de viagem, minha mãe falou: ‘Oh V. se você quiser fazer o desmame de P. já pode, porque nesses três dias que ficou sem você, ele nem perguntou’. Eu também estava pensando em fazer esse desmame por conta da escola que ele iria iniciar, e foi quando eu realmente assumi o desafio de fazer o desmame completo. Depois desse dia que eu viajei eu já não amamentei mais. Graças a Deus que ele se alimentava bem.

Mas antes de fazer esse desmame, eu tentei por algumas vezes. Coloquei esparadrapo no peito e dizia que estava doente. E ele dizia: ‘Ah mamãe peito dodói’, mas aí no final das contas, eu acabava ficando muito assim (na dúvida) porque na verdade a minha vontade de continuar amamentando era maior do que a dele. Quando via, eu tirava o esparadrapo e dava.

Quando ele fez 2 anos eu tentei desmamar, fui tentando. Ele mamava de manhã, de tarde e de noite, e eu comecei a dar só a noite, achando que só oferecendo a noite ele iria de alguma forma desmamar, porque muita gente falava ‘Ah o meu filho começou a mamar só a noite, quando eu vi ele mesmo deixou’, então eu fui nessa conversa, mas vi que ele não deixava. Quando deu mais ou menos 2 anos e 5 meses, inventei de colocar esse esparadrapo, e ele ficava muito ‘oh mamãe, o peito de mamãe está dodói ainda?’ E eu falava ‘Está, P.’, mas quando chegava a noite, quando via eu já estava dando de mamar. Eu cheguei a ficar dois dias sem dar, mas no terceiro eu não aguentei.

Antes de ele completar dois anos, eu procurei algumas amigas que tiveram filhos, que tinha amamentado, muitas falaram que tomaram a medicação para o leite secar e ficar 3 dias sem dar o peito. Mas só que eu via que isso não iria resolver porque eu tinha muito medo de

tomar medicação e em algum momento eu voltar atrás e ele acabar sendo prejudicado. Aí eu fui nesses mitos de avó... algumas pessoas me orientaram a colocar babosa, pó de café, mas eu achei melhor colocar o curativo, eu fiz para testar, e percebi que estava dando certo, mas na verdade eu que não estava aceitando ainda.

Eu colocava na mente que tinha de desmamar, mas não era uma vontade minha ainda fazer o desmame. Então, eu acredito que com 2 anos e 9 meses foi o tempo, foi o momento certo, porque quando eu cheguei de viagem, que minha mãe falou ‘Oh V. ele nem procurou, ele nem perguntou, se você quiser, o momento é agora’. Foi a primeira vez que ele nem perguntou de peito, dormiu tranquilo, normal, deu o leite e ele dormiu. Eu me senti encorajada, porque mesmo colocando o curativo, eu não me sentia encorajada. Foi o dia realmente que não teve mais amamentação. Eu tentei de outras formas, mas ainda eu não estava aceitando, mas no momento que minha mãe falou isso, foi o momento que eu aceitei, que realmente ele deveria ser desmamado, até porque eu estava programando colocar na escola, eu sabia que se ele entrasse na escola ainda amamentando, eu acho que ele não iria evoluir tanto.

Então era mais uma questão de independência para ele próprio se desenvolver, eu pensava muito na questão da escola. Eu ficava pensando ‘e aí quando ele for para escola vai fazer como?! Então ele tem que estar desmamado, porque ele pode começar a não querer se alimentar direito’, então pensei mais na questão da independência.

Foi fácil na questão de dormir também, porque ele só dormia no peito, então meu problema era esse, porque eu acostumei a ele a dormir só no peito. E também ele acordava no período noturno para ficar grudado no peito. Foram 2 anos e 9 meses, eu sem conseguir dormir bem a noite. Eu já passei a noite toda com o menino no peito. Eu chegava do trabalho, do plantão, e tinha dia que eu estava muito cansada, eu colocava ele para dormir comigo, colocava o peito e quando acordava de manhã, o menino ainda estava no peito, eu sentia que (o mamilo) estava só a borracha. Acordava com a boca muito seca como se tivesse se desidratado. Ele acordava muito, era sem noção. Ele dormia uma horinha, tirava cochilo, depois que eu desmamei que eu soube o que era dormir mesmo. Ele dormia e só acordava 5 horas para pedir o leitinho dele, só. Mas no peito era praticamente a noite toda ele chupando. Depois que eu deixei, ele já não procurava a noite, eu deitava com ele, cantava, contava alguma historinha aí ele pegava no sono, então não foi tão difícil por conta disso, porque se ele me pedisse, eu dava! Na verdade, se dependesse de mim, eu estava dando até hoje.

Até hoje eu fico de coração partido. O meu medo maior era eu deixar de amamentar e ele perder o vínculo comigo, mas pelo contrário, só vem aumentando, porque eu sempre tento suprir de alguma forma para que ele não fique sentindo tanta falta, porque quando ele me ver

nua ainda ele fica ‘Mamãe, o peito de mamãe tá dodói?’-Às vezes fica querendo brincar, querendo colocar na boca.

Não foi como eu imaginei porque eu pensava que ele iria adoecer bastante e que iria ser bem doloroso como da primeira vez que eu tentei, que fiquei tentando enganá-lo, mas na verdade eu não aguentava, porque para mim, eu ficava ‘eu estou mentindo para meu filho, não pode, ele é muito pequenininho, isso é uma forma d’ele aprender a mentir, não posso fazer isso’, então eu me culpava muito, e logo voltava atrás, mas depois que eu consegui por completo por conta da viagem, foi tranquilo.

Ele não procurou mamar, mas ele não aguentava me ver nua, quando me via nua, ele dizia ‘Ah o peito de mamãe, está dodói ainda?’, e eu falava ‘Está P.’

Os seios ficaram um bom tempo grande, na verdade desde quando eu engravidei uma das coisas que eu não aceitava muito eram meus seios, eu achei que cresceu muito, tudo que eu colocava me incomodava, então eu pensava ‘Quando eu desmamar, ele vai voltar a ficar como era antes’, então eu tinha muito disso. Depois que eu parei de amamentar eu ainda achei que meus seios estavam muito grandes e falava ‘Ai meu Deus será se não vai voltar mais ao normal?!’ Tudo que as pessoas falaram comigo, aconteceu o contrário, ‘Ah o peito volta logo ao normal, fica menor do que antes’ ‘ah o leite seca logo’, comigo não aconteceu nada disso. O peito não enchia, eu não sentia o peito enchendo, mas eu sentia o peito pesado e muito grande.

O leite demorou para secar, demorou por volta de 3 meses para secar o leite, e sem ele mamar. Eu fiquei sem entender porque ouvi relatos que com 15 dias, 1 mês secava, e o meu com 3 meses ainda tinha leite, eu acho que foi a vontade, porque eu tinha muito isso, na verdade eu não desmamei logo porque eu não tinha vontade de desmamar, mas se eu quisesse antes eu lutaria um pouco mais para desmamar ele bem mais cedo.

Para amamentar, exige da mulher amor-próprio, porque eu acho que quando a gente tem amor próprio a gente consegue produzir para outras pessoas, então eu acho que primeiro lugar amor-próprio, aí vem a força de vontade, porque eu acho que amamentação nada mais é que força de vontade, porque se a pessoa não tiver força de vontade, desiste. Eu digo porque, eu sou profissional de saúde, mas eu senti muita dificuldade em relação a ter apoio da família, não da minha mãe, mas do meu pai. Meu pai não entendia porque meu menino chorava muito, e ficava praticamente 24 horas no peito, chorava muito, principalmente até os 3 meses, chorava na hora de dormir, chorava muito e meu pai não entendia. Meu pai foi várias vezes na farmácia comprar bico para ver se ele pegava, para ver se ele parava de chorar e ele, graças a Deus, não pegou nem bico, nem a mamadeira, foi uma opção minha, mas meu pai achava que tinha que dar o leite ‘esse menino está com fome’ ou ‘se você der um leite, você vai ver se ele não dorme’, mas

eu fui forte, então eu acho que a força de vontade, o desejo foi tanto que não permitiu com que eu fracassasse.

Meu pai achava que o peito não sustentava, e ficava me incentivando a dar leite artificial, depois que ele viu o progresso do meu menino, o desenvolvimento e tudo mais, por ele P. estaria até agora mamando. Porque ele ficava: ‘ah o menino vai deixar de mamar e agora como é que vai ser isso? E minha mãe dizia: “mas V. tem que trabalhar”. Mas meu pai não entendia porque eu tinha que desmamar, na verdade, ele não entendia porque eu tinha que amamentar e depois que ele viu o benefício, ele não entendia porque eu tinha que desmamar. Acho que nós dois ficamos tristes com o desmame.

Até hoje ainda eu sinto falta, quando eu vejo uma mãe amamentando, eu me lembro de tudo, porque eu quis muito, uma das coisas que eu mais queria na gravidez era amamentar, então depois que eu deixei de amamentar eu fiquei assim... não sei... eu senti que alguns hormônios ficaram meio agitados dentro de mim. Mas eu acredito que foi esse processo do desmame, porque para mim, quando eu amamentava eu sentia um sentimento muito grande, não é que eu não sinta mais por ele, mas era uma satisfação muito grande, muito grande mesmo. Quando eu deixei de amamentar essa satisfação deixou de existir, então meio que vinha um pouco de tristeza, angústia, porque eu não estava mais amamentando.

Para desmamar, exige primeiro a pessoa querer e conseguir entender que com o desmame não vai interromper o vínculo, porque eu achava que com o desmame eu iria interromper o vínculo com meu filho. Então, eu acho que a pessoa, na verdade, ela tem que entender o processo de desmame, para depois ela realmente executar, porque se ela executar para depois entender, eu acho que ela vai ficar frustrada. Eu, no momento que queria executar antes de entender, eu me frustrava, depois que eu entendi e aí eu executei, eu vi que realmente fiz com sucesso.

Eu entendi que realmente não há uma interrupção do vínculo, porque o vínculo ele continua, independente da amamentação. O amor do filho, o que vai demonstrar, o que vai fazer com que seu filho cada dia lhe ame são suas ações, então eu procurei suprir o desmame com outras ações, tentar sentar com ele, contar histórias, cantar com ele, então tudo isso fez com o desmame não fosse tão traumático para ele e entender que realmente não houve uma quebra de vínculo.

Eu nunca tive incentivo de nenhum profissional, tanto pediatra, quanto enfermeiro, nunca tive nenhum incentivo nem na amamentação, quem dirás no desmame.

Então todas as vezes que eu relatava com o pediatra “ah doutor, estou querendo fazer o desmame” ele dizia: ‘Ah! o que te impede? Ele já mamou o que tinha de mamar, pode deixar o

peito. Sofre um pouquinho, mas logo ele vai se acostumar’, via a amamentação como algo não muito valioso. Então eu não tive nenhum incentivo, nem na amamentação, e nem orientação em relação como deveria fazer esse desmame. Na verdade, eu só fui orientada uma vez, não foi nem orientação, foi tomar uma medicação e que essa medicação secaria o peito.

A minha experiência é que eu consegui! E eu sugiro dar tempo ao tempo, eu acho que tudo é questão de tempo, às vezes a gente quer atropelar o tempo, e na verdade já tem um tempo estabelecido por DEUS para que as coisas realmente sejam finalizadas. Eu por um momento quis atropelar esse tempo, mas eu acredito que já tinha um tempo certo para que houvesse o desmame, então eu tive que ser calma, tive que entender, não porque eu queria desmamar, na verdade eu não queria, como eu falei, se eu pudesse estaria amamentando até hoje, mas eu via que já era necessário porque ele já estava quase completando 3 anos, então ele precisava criar uma independência como criança e até mesmo a questão da fala, ele não queria mesmo desenvolver a fala, eu percebi que depois que fiz o desmame, ele desenvolveu melhor a fala, ele se expressou melhor, era meio que o peito estava deixando ele protegido, como se tivesse ainda dentro de uma caixinha e muito mimado. Depois que ele deixou o peito, eu percebi que ele conseguiu realmente se desenvolver melhor, não que o peito atrapalhe em relação a isso, mas porque foi uma forma de proteção que eu fiz com meu menino, e eu acho que acabou atrapalhando um pouco o desenvolvimento dele. Mas hoje ele conversa tudo, ele está outro menino.

Mãe 07

M7 tem 20 anos de idade, vive em união estável, é dona de casa. Está grávida de 5 meses, e tem um filho de 5 anos de idade, que foi desmamado com 4 anos. Informa ter uma renda mensal de 1 salário mínimo e Ensino Fundamental completo. Sua narrativa é de que vivenciou uma amamentação tranquila e satisfatória, mas um desmame sofrido, feito de forma abrupta, que acarretou em sofrimento psíquico para a criança, pois ela reagiu recusando alimentar-se e se distanciando temporariamente da mãe.

“Me falaram para colocar esmalte vermelho, iria deixar ele traumatizado, e ele ficou muito traumatizado, não me queria mais de jeito nenhum, ele ficou com medo, achou que estava ferido e não quis mais. Ele não quis mais o peito, não quis mais saber de mim, não queria mais nada, não queria comer, não queria tomar água, ficou um tempo sem comer nada [...] não me queria mais de jeito nenhum, me rejeitou, ele me rejeitou.”

Desmamar mesmo, eu comecei com 3 anos. Foi um pouco difícil, porque ele era muito apegado a mim, ele chorou nos primeiros dias, não comia nada, mas depois ele se acostumou. No começo que eu tentei tirar, me falaram para colocar esmalte vermelho, iria deixar ele traumatizado, e ele ficou traumatizado.

Eu peguei o esmalte vermelho e passei, eu vi minha prima fazendo e ela falou que deu certo, só que tinha tempo que ela já tinha feito. Eu fiz também igual a ela fez, coloquei o esmalte vermelho, só que ele ficou muito traumatizado, não me queria mais de jeito nenhum, ele ficou com medo, achou que estava ferido e não quis mais. Ele não quis mais o peito, não quis mais saber de mim, não queria mais nada, não queria comer, não queria tomar água, ficou um tempo sem comer nada, aí eu peguei e dei (a mama) a ele de novo, eu fiquei morrendo de pena, porque ele não queria comer, não me queria mais, me rejeitou, ele me rejeitou, aí fiquei com pena e voltei atrás. Com 3 anos eu tentei e consegui, ele deixou, eu fiquei com pena e eu que voltei a dar de novo.

Para desmamar, exige força de vontade, porque se a gente não tiver vontade de tirar e não colocar na mente que vai tirar, a gente não tira. Dá pena, a gente olha assim... e às vezes eles não querem comer, que nem ele que não queria comer, não queria comer nada, aí fiquei com pena e voltei a dar, ele não quis, foi eu quem quis dar a ele.

Quando ele fez 4 anos certinho, eu falei 'agora eu tiro!' aí fui e coloquei babosa, passei a babosa que é bem amarga, coloquei um cordão de mamona, que era para secar o leite e deixei ele com minha mãe 3 dias, porque ele sempre foi bem apegado à minha mãe desde quando nasceu, ele ficava lá com ela, e é pertinho a casa, só que eu evitava ir todo dia lá na casa dela, para ele não ficar me procurando, sofreu, sofreu, mas eu consegui tirar.

Coloquei babosa, ficava o dia todo com a babosa, passava antes de dormir e quando acordava, porque toda vez que ele fosse pegar, ele iria sentir o cheiro estranho e quando ele mamar, iria ver que estava amargo, aí passei e ele não quis mais, ele achou que estava ruim, e eu falava que estava ruim. Ele já entendia mais um pouco porque ele já era maior, aí eu falei que estava dodói, que estava ruim, eu falava 'tá dodói, neném, não pode não', ele ficava olhando assim... aí ele pedia mamadeira a minha mãe, que ele não me pedia mamadeira, ele só pedia para minha mãe, e minha mãe pegava e fazia para ele, aí ele foi acostumando, e não quis mais não.

Eu pensei 'Ah meu Deus, esse menino vai me dar tanto trabalho, será se vai chorar de noite?! Eu fiquei pensando assim, fiquei bem pensativa, falei 'ele vai abusar de noite, não vai

me querer de noite, que nem da outra vez’, mas eu continuei passando babosa, o leite foi secando, e ele desmamou.

Demorou um pouco, eu fui acostumando ele, dando leite, dando mingauzinho, ele pegou a mamadeira depois tranquilamente. Aí o leite também secou, acho que estava numa fase que já estava secando.

Mas também ele já estava estudando, já estava na escolinha, aí foi mais fácil também de tirar, porque ele já comia, só mamava quando chegava à noite, e de madrugada acordava para mamar, depois começou a dormir a noite toda, sem acordar, foi bem mais fácil de tirar.

Com 4 anos eu tentei de novo e consegui, e também acho que porque ele já estava acostumado a comer outras coisas aí foi mais fácil ele com 4 anos, mas ele com 3 anos foi muito mais difícil porque não queria comer.

Eu senti pena, eu fiquei com vontade de dar, mas eu falei ‘não vou dar não, não vou dar mais não porque ele já está grande, ele já acostumou, se eu tentar dar agora ele não vai largar mais também’. Não fiz igual da primeira vez não. Fui firme, falei ‘se eu der de novo, ele vai querer de novo e eu não vou conseguir tirar depois, então vou tirar logo que ele já está grande, comendo tudo, fica com todo mundo, vou tirar’, aí tirei.

Ele já estava grandinho, aí eu falei ‘já está na hora de tirar’, consegui, ele nem abusou, ficou tranquilo. Eu acho que era eu que queria dar, eu acho na verdade, que nem era ele que era viciado, era eu quem gostava mesmo de dar mama. Só que teve um tempo que falei que estava grande e que não precisava mais não, estava comendo de tudo já.

Eu sofria muito preconceito porque dava mama a ele, falavam que iria cair o peito, que iria ficar feio, que era feio um menino daquele tamanho estar mamando. Só que também até para eu arrumar trabalho era ruim, porque ele já era grandinho e não ficava com ninguém, eu mesma quis triar ele do peito com 4 anos, eu falei ‘não, já está grande, já está na hora de tirar’, aí eu fui e tirei, mas também ele já estava bem acostumado a comer outras coisas, já comia de tudo, mas mesmo assim ele não largava o peito. Ele acordava de madrugada, mamava a madrugada toda, comia de tudo, mas também não largava a mama não.

O único jeito que achei para tirar foi esse, que não deu tanto trabalho para tirar, eu acho que faria a mesma coisa de novo, porque eu tentei e consegui.

Mãe 08

M8 tem 25 anos, vive em união estável com o companheiro, pai do filho de 5 anos de idade, que foi desmamado com 2 anos. É diarista, com Ensino Médio completo e renda mensal de 1

salário mínimo. Narrou uma experiência marcada pelo diálogo e respeito ao momento de separação física da criança.

“Eu fui explicando para ele que já estava na hora de desmamar, que ele já estava ficando grandinho. Eu acho que a conversa é essencial. Tem que ser bem claro para a criança, eu acho que a conversa é o princípio de tudo.”

Com 2 aninhos ele só mamava, e eu fiquei preocupada porque eu achava que ele não estava aumentando de peso. O peso não estava bom, não estava ideal para a idade dele, aí eu vim aqui no posto, que aqui atendia uma enfermeira, M., hoje ela não atende mais aqui, eu conversei com ela, e ela me explicou como tirar ele da mama, que eu tinha que conversar com ele, explicando que já estava na hora dele largar o peito. E não passar remédio, como o povo passa. E ela conversou com ele: “oh tia, você não pode mais mamar, porque você já está grandinho, tem que se alimentar com comida de sal”. E isso em casa, eu fui reforçando para ele largar a mama e começar a se alimentar, a gente foi conversando e ele desmamou. Na primeira noite ele aceitou e não mamou mais, já chegando em casa ele não quis mais mamar, aí eu já fui introduzindo mingau, a comidinha de sal, no segundo dia em diante ele já esqueceu.

Eu pensei que seria bem mais difícil, porque eu tenho um sobrinho que desmamou com 4 anos e ele chorava muito, então eu achei que A. iria ser a mesma coisa, só que foi o contrário, eu fui explicando para ele, e realmente ele começou a comer mingau e não lembrava mais da mama.

Quando ele mamava, ele acordava de madrugada para mamar, mas quando ele desmamou, eu dava mingau, mas só dava mesmo quando ele chorava.

Foi um alívio ver o pesinho dele voltando ao normal, não ficou mais, como eu estava achando que ele estava desnutrido, mas não estava desnutrido, aí eu vi que foi ganhando pesinho, foi aumentando, achei que o desenvolvimento dele melhorou.

Amamentar é um período bom, a criança evoluindo, é bom para o desenvolvimento da criança. Agora para desmamar, só é ruim os inchaços que ficam por causa do leite que vai acumulando, mas também é um período bom, que passa e quando passa é um alívio.

E que exige conversa, porque como o povo falava ‘faz isso, e isso’, para ele ver na mama, mandava passar babosa, café, e até álcool já pediram para eu passar, e eu não! Eu não coloquei e fui explicando para ele que ele já estava na hora de desmamar, que ele já estava ficando grandinho, eu acho que a conversa é essencial. Tem que ser bem claro para a criança, explicando que ela já está grandinha, que está na hora de deixar. Eu acho que a conversa é o princípio de tudo.

Mãe 09

M9 tem 26 anos de idade, possui Ensino Fundamental incompleto, é dona de casa, vive com companheiro em união estável, com 1 salário mínimo. Tem 2 filhos, sendo que o caçula tem 2 anos e 3 meses, e mamou até 1 ano e 4 meses. Contou que a principal dificuldade para o desmame foi a irritabilidade e o choro da criança, que desmamado de forma súbita, respondeu com choro intenso e rejeição a qualquer comida ou bebida.

“Na 1º noite ela chorou muito [...] passou a noite toda chorando, porque o primeiro dia é difícil, primeiro e segundo dia são difíceis [...] Passou dois dias sem comer nada, sem beber nada.”

Eu decidi tirar a mama dela por causa da injeção de 1 mês. Eu tomava injeção de 3 meses, eu já queria tirar, mas não conseguia, eu tentava, mas não estava conseguindo porque ela chorava muito, precisava de ver. Quando eu tentei a primeira vez, meu peito encheu e ficou muito doendo, doía muito, aí eu peguei e dei mama a ela, aí quando foi a segunda vez, tentei de novo, tornou doer, doeu muito, aí peguei e dei a mama a ela, aí quando foi agora, na terceira vez, eu vim aqui no posto para tomar a injeção de 3 meses, cheguei aqui não tinha a injeção de 3 meses, tinha só de 1 mês, aí elas disseram que ia me dar de 1 mês, mas para eu continuar tomando de 1 mês, eu tinha que tirar a mama dela, foi aí que eu decidi tirar a mama dela.

Na 1º noite ela chorou muito, ficou dois dias sem comer nada, mas depois de três dias ela já tomou leite e comeu comida.

Umás quatro horas da tarde, comecei a tirar a mama dela, aí não dei nada para ela, dava água, ela não quis beber, ela queria mamar, aí eu enrolava com água, com leite, ela não queria, aí passou a noite toda chorando, porque o primeiro dia é difícil, primeiro e segundo dia são difíceis, chorava, chorava, dava água, dava comida, não queria, aí quando foi no terceiro dia ela já começou a comer, beber água, beber leite, comer uma comidinha, aí pronto tirei, e ela não quis mais. Passou dois dias sem comer nada, sem beber nada.

Nenhum profissional me falou como desmamar, mas também eu não pedi. Eu mesma, sozinha, conseguir tirar.

(Amamentar) exige muito esforço da mulher. Quando a criança tá ali mamando tem que ter muita atenção, dar carinho, dar amor. A minha experiência foi muito boa, dar mama a ela, aproxima mais a criança da mãe, você sente mais o contato da criança, agora depois que você

desmama, a criança deixa você mais de lado um pouco, enquanto tá mamando ela tá ali em cima de você, mas depois que tira a mama, ela fica um pouquinho distante.

Eu achei muito bom, porque ela era muito grudada em mim, não ia para casa de ninguém, hoje ela já fica na casa da avó duas horas de relógio, três horas, e antes não, quando mamava tinha que tá o tempo todo comigo.

Tem mãe que tem medo de tirar, né? Aí dar 4 anos... tem medo... A maioria das mães que eu já vi tem medo de tirar por causa da dor, mas é melhor desmamar a criança com 2 anos que é muito importante a criança mamar, mas quando a mãe quiser tirar que tire, não tenha medo de tirar por causa dor, porque a dor sempre vai ter, mamando ou não vai ter dor, tirando ou não vai ter dor, então que elas não tenham medo de tirar, (a criança) continua sendo a mesma, o amor, o carinho da criança continua do mesmo jeito.

Mãe 10

M10 tem 25 anos de idade, é auxiliar de limpeza, com Ensino Fundamental incompleto, renda de 1 salário mínimo, solteira, tem 1 filho com 6 anos de idade, que mamou até 3 anos e 8 meses. Relatou que a criança ficou bastante irritada e chorosa em razão do desmame, com consequências, inclusive na sua saúde física, apresentando febre e dificuldade para comer.

“Para desmamar precisa de paciência, muita paciência porque estressa, é muito choro, a noite toda, de dia chorando, sem querer comer, dá até febre, porque está viciado no peito, é difícil.”

Eu comecei a desmamar com 3 anos e 6 meses, fui tentando devagarzinho até conseguir, mas ele chorava demais, a noite toda chorando. Eu passava dipirona, ele começava a mamar, mamava uma horinha, parava, e voltava a mamar de novo, até que me ensinaram passar babosa, meus vizinhos que falaram para eu passar, e eu passei essa tal de babosa, e ele esqueceu (a mama), porque a babosa amarga. Eu passei no bico do peito, fui dando a ele e ele esqueceu.

Na primeira vez foi difícil, eu falei ‘hoje não vou dar (mama) mais’, eu não quis dar mais, mas ele chorou a noite toda, pegava no seio, aí eu tive que dar e fui dando até passar a babosa.

Eu não tinha mais leite, ele já chupava meu sangue, era toda hora, ele queria toda hora mamar, não tinha seio que aguentava mais, ele já tomava mingau - até hoje toma mingau na hora de dormir- já comia de tudo, e mesmo assim mamava muito, eu mesma não estava mais

aguentando, chegava do trabalho, ele já vinha em cima, avoadado, caçando leite, e na minha folga ele queria mamar o dia todo.

Teve uma vez que ele arrotou no meu seio, diz os mais velhos que quando arrota no seio, ele incha, e inchou, o peito ficou inchado, tipo uma bola, um leite empedrado, doía demais, eu tive que ir para o hospital, tomei duas injeções e o médico mandou ficar fazendo massagem, e puxar com aquele negócio de tirar leite, aquele leite ruim, até que desinchou, desse dia eu falei ‘oh, não tem mais não’.

E ele mordida, ainda tinha isso, já estava com dente, quando pegava... (expressão facial de dor)

Uma hora o pai queria que deixasse, outra hora não, foi uma confusão, até que falei ‘oh, vou desmamar’, o pai queria que ele continuasse até esquecer.

Minha mãe me pediu para tirar ele da mama porque ele já estava grande, (ela) me dava orientação.

Eu já deixei ele com minha mãe de noite, ele chorava, ninguém dormia com ele por causa do peito, ninguém queria ficar com ele de noite. Ficava o dia, enrolando ali, mas a noite ninguém queria ficar.

Coloquei babosa e ele foi deixando, pegava o peito, via amargando, aí chorava. Eu já dormia com a babosa, quando ele vinha para pegar, que ele mamava, ele não queria não, que estava amargando. Tinha hora que eu lavava o seio e dava a ele de novo, desistia, depois voltava de novo até eu conseguir, eu falei ‘agora vou deixar ele chorar’, aí chorou, chorou umas 3 noites seguidas, e acalmou mais. A noite toda chorando, querendo mamar. Pegava, botava na boca, amargava. Dava mingau, não queria. Deu até febre nele, ficava sem comer, aí esqueceu. E ele não chupava bico, menino que chupa bico, bota o bico (facilita o desmame).

Ah, passei também esmalte vermelho, ele ficou com medo, ele falou “mãe, o peito está saindo sangue” (risos). Eu fazia essa pataguada toda, até ele esquecer, ficou com medo de mamar também, e foi esquecendo. Fui dando mingau, entretendo ele, e ele esqueceu.

Foi um alívio! Depois que ele acostumou com a mamadeira, todo mundo queria ficar com ele, enquanto isso, ninguém queria ficar, porque chorava a noite toda atrás de peito, aí é difícil para a mãe. Eu acho que a mãe só deve amamentar até 06 meses, estourando 1 ano, não pode passar disso não, porque empata demais.

Tem que ter disposição para amamentar, e para desmamar precisa de paciência, muita paciência porque estressa, é muito choro, a noite toda, de dia chorando, sem querer comer, dá até febre, porque estar viciado no peito, é difícil.

Para tirar a mama tem que ter muita coragem, e se quando ver ele chorando, não ter o coração mole, pode deixar ele chorar, que é para o bem da gente, e o bem dele, porque ele não queria alimentar, não queria uma comida diferente, só queria comer fruta, não queria uma sopa, só peito, então tem que ter coragem, eles choram mesmo.

Depois que eu tirei o peito dele, ele comeu de tudo, pão mesmo, come 3, maçã, uva, morango. E quando mamava não comia bem assim não, só fruta. Um danone, não queria, não comia pão. Durante o dia só comia fruta, ficava esperando eu chegar para mamar. Eu não podia tirar o leite, porque ele não queria mamadeira, só diretamente no peito.

Teve uma vez que ele estava tão fraco que adoeceu, ficou 7 dias no hospital de fraqueza, porque ele não estava se alimentando de dia, só de noite, e nessa época fui trabalhar em Ilhéus e deixei ele com minha mãe, tive que voltar porque ele não estava comendo, só fiquei 8 dias, porque o menino estava ruim, fiquei 7 dias no hospital internada com ele. Ficou fraco, sentiu falta do peito, falta da mãe, juntou tudo aí adoeceu. Depois que ele estava mais fortzinho, eu tirei de tudo (desmamou) com a babosa.

Mãe 11

M11, 41 anos de idade, enfermeira, solteira, renda de 3 salários mínimos, 1 filho com 2 anos 6 meses de idade, que amamentou até 2 anos 3 meses. Em seu depoimento, a mãe relata que não estava preparada para efetivar o desmame, mas o fez em razão de cobranças de familiares e amigos, que diziam que a criança já estava “crescida” para continuar amamentando. Mas, segundo relato, a criança aceitou bem o desmame, que foi bem conduzido por meio do diálogo.

“Não era uma coisa dele só, foi o desmame meu também, porque por mim, dava até os quatro, eu falei com dois porque ficava todo mundo ‘Ah, o leite não sustenta mais’, ‘É só mania’, ‘Ele já toma mamadeira, já come tudo, ele almoça, ele janta, então não tem mais necessidade desse peito’ [...] A gente termina sendo cobrada pela família, então não foi um desmame só dele, foi um desmame meu também, porque eu tive que engolir.”

A gente já vinha conversando com ele há um tempo, de que ele já estava ficando um rapazinho, de que ele ia ter que parar de mamar. A gente já tinha combinado em casa de ele deixar de mamar com 2 anos, como o Ministério da Saúde pede, que dê o leite materno até os 2 anos, no mínimo dois anos ou até que a criança por ela mesma abandone, e como eu sabia

que ele não ia abandonar, porque ele gostava muito do peito, então a gente já foi conversando com ele, a partir dos dois anos a gente foi preparando ele, que ele tinha que parar de mamar, que já estava um rapazinho, que já estava grandinho e que não precisava mais mamar. E aí um belo dia, ele acordou de manhã e mamou, aí o pai chamou ele e conversou, falou: ‘filho, você mamou hoje a última vez, de noite você não vai mamar mais’, ele abaixou a cabecinha e a gente entendeu que ele tinha entendido o recado. Quando foi a noite, foi a hora do desespero, e ele veio e falava ‘sai mamãe’, querendo tirar a blusa para ter acesso ao peito, e eu comecei ‘filho, não pode, a gente não conversou com você de manhã que não podia mais, que você não ia tomar mais o pepê?’ E ele chorou, eu acalmei, acalentei até que adormeceu, e no dia seguinte a mesma coisa, só que mais calmo, ele veio para o peito, deitou no meu colo, junto do peito, mas não forçou mais tirar a blusa, não ficou nervoso mais, deu aquele dó, porque ele ficava assim... agoniado, esfregava o rosto no peito por cima da blusa, mas ele já não pediu, e no terceiro dia a mesma coisa e no quarto dia e diante ele já não pediu mais.

Mas até hoje, como tem pouco tempo ainda, só três meses, ele ainda, às vezes quer pegar o peito, ele pede para pegar, mas não mais mama, às vezes pede para tirar a blusa, olha, alisa, encosta o rostinho e depois ele mesmo cobre.

Ele mamava de manhã, meio dia e de noite. Acordava de manhã, tomava mamadeira, mas mesmo assim vinha para o peito, ele era, ele é apaixonado pelo peito até hoje, eu acho. Meio dia quando eu chegava do trabalho, ele vinha correndo para o meu colo para mamar mais um pouquinho, tanto que ele mamava antes de almoçar, eu falava ‘vamos comer o papá, primeiro’, mas não, ele queria mamar, ele mamava um pouquinho, almoçava e antes de eu voltar para o trabalho, ele mamava mais um pouquinho, e a noite ele jantava, as vezes tomava mamadeira e para dormir ele vinha para o peito. Nessa época ele já não mamava na madrugada, ele já estava dormindo a noite toda, mas ele mamou na madrugada até os dois anos. Eu fiz o desmame da madrugada, quando comecei ele estava com 1 ano e 11 meses por aí, foi um pouquinho antes do desmame total, foi tranquilo, porque ele acordava, eu dava um pouquinho de água, ele virava para o lado e dormia. O da madrugada foi mais tranquilo, quer dizer os dois tranquilos, eu achei que fosse ser mais difícil, porque ele era muito grudado com o peito, e eu gostava de amamentar, então não limitava ele no peito, na hora que ele queria mamar, ele mamava, mas eu sabia que estava na hora até porque pela questão da madrugada, eu não dormia, tinha dia que eu chegava para trabalhar com o olho ardendo de sono, porque tinha ficado acordada a noite inteira com ele mamando, então foi quando a gente decidiu tirar o da madrugada [...] ele já estava dormindo a noite inteira. Ele vinha para mamar, e eu falava ‘não filho, vai dormir, vai dormir’. Como meu marido trabalha viajando, então ele terminava

dormindo comigo, ele estava na cama ali comigo, então ele só virava para o lado, e eu ia e virava ele para o outro lado ‘Não, não tem pepê, não! Pepê não pode, não’, e virava ele para o lado, ele dormindo. Então, quando ele virava querendo mamar, eu virava ele para o outro lado, ninava um pouquinho e disfarçava, quando ele insistia um pouquinho, eu dava um pouquinho de água, mas foi tranquilo, ele não sofreu não, não chorou, assim como ele chorou para o desmame total, que ele teve aquele dia que ele chorou, quando chegou no outro dia, você olhava sabia que ele estava querendo peito, muito, mas ele não pediu porque ele já tinha entendido que não teria. Mas o primeiro desmame, o desmame da madrugada, eu achei que foi bem mais tranquilo.

Como ele já ia começar a estudar a gente falou ‘tem que tirar porque ele já tá um rapazinho, já vai para escola, então vamos desmamar’.

Eu achei que iria ser bem mais difícil, que ele iria ser bem mais resistente, mas quando a gente conversou, quando o pai conversou com ele, falou: ‘você já está um rapazinho, e hoje não vai mamar mais, esta foi a última vez que tu mamaste’, e ele foi e abaixou a cabecinha, e meu marido falou assim para mim ‘Oh, ele entendeu, agora a gente tem que seguir, a gente tem que ser firme e tem que seguir’. Eu até briguei com ele: ‘Eu não estava preparada para isso hoje’, ele falou: ‘não está preparada dia nenhum, se eu não tomar a iniciativa, tu não irias deixar de amamentar nunca’, então quer dizer, não era uma coisa dele só, foi o desmame meu também, porque por mim, dava até os quatro, eu falei com dois porque ficava todo mundo ‘Ah, o leite não sustenta mais’, ‘É só mania’, ‘Ele já toma mamadeira, já come tudo, ele almoça, ele janta, então não tem mais necessidade desse peito’. E eu falava: ‘não sei porque vocês se incomodam tanto, sou eu que tou dando, sou eu que estou perdendo noite, sou que estou amamentando, não sei porque tanta agonia com essa amamentação’. A gente termina sendo cobrada pela família mesmo, porque às vezes a criança chega num lugar, tá querendo peito, já tá grandinha, apesar de que eu tinha muito essa coisa, não dava peito a ele fora de casa, só que assim, ele amamentou 6 meses exclusivo leite materno, depois de 6 meses foi introduzida a alimentação com leite materno, com 8 meses a gente introduziu a fórmula, então até 8 meses ele não tomou fórmula, mas até por isto, avó, avô achavam que não estava mais sustentando, que leite do peito já não sustentava mais, aí foi introduzida a fórmula, mas ele não largou o peito, ele mamava e comia o que tinha, então não foi um desmame só dele, foi um desmame meu também, porque eu tive que engolir, tanto que até hoje eu falo assim ‘tirei o peito cedo demais’, e as pessoas que acompanham falam ‘não, tirou na época certa’, e falo ‘não, para mim, eu tirei cedo’, porque ainda não estava preparada para esse desmame, mas eu não me arrependo, entre aspas, acho que para o crescimento dele foi importante, porque ele termina ficando muito dependente, muito

apegado a mãe, então acho que para o crescimento dele era importante aquilo, mesmo que para minha vontade fosse de não fazer, mas para ele eu achei fosse importante.

(Sinto) a falta dele no meu colo, dele ali mamando, aquela coisa de ficar me alisando enquanto estava mamando, do tempo que a gente tinha que era só nosso, então por mais que ele tome a mamadeira no meu colo, não é a mesma coisa, então quando eu estava ali oferecendo peito, as vezes eu estava comendo e ele mamando, meu horário de almoço, eu só tinha aquele tempo e queria mamar, então ele vinha para o peito, e ficava mamando e eu almoçando, e não me incomodava, tanto que até hoje eu almoço com ele no meu colo. Porque como a gente termina trabalhando muito tempo, fica mais de 8 horas fora de casa, no trabalho, então o tempo que a gente tem eu quero aproveitar, as vezes, minha mãe fala: ‘me dá ele para você almoçar em paz’, e eu falo: ‘não, deixa ele aqui’, porque eu só tenho aquele tempinho para ficar com ele, se eu for parar para almoçar, parar pra tomar banho e deixar ele de lado, eu acho que eu termino perdendo um tempo precioso com ele. Ele almoça no meu colo, quando vou tomar banho, a porta está aberta, ele entra e sai do banheiro a hora que ele quer, e aí foi naquela coisa, daquele momento nosso, dele estar no meu colo, estar me fazendo carinho, eu fazendo carinho nele, então foi um pouco dessa falta. Apesar que tem isso, mas não é a mesma coisa, não é o mesmo sentimento, de saber que aquilo ali sou eu que estou oferecendo para ele, foi difícil, é difícil ainda, por estar ainda muito recente, então ainda é difícil.

Mãe 12

M12 tem 29 anos, é casada, tem Ensino Superior incompleto, trabalha como operadora de caixa, renda de 2 salários mínimos. Tem 2 filhos, um de 2 meses, que se encontra em aleitamento materno exclusivo, e outro de 1 ano e 8 meses que mamou até 1 ano de idade. A mãe relata que efetivou o desmame por orientação médica em razão da gravidez do segundo filho.

“(Desmamar) exige força de vontade, eu mesma tive que ter muita força de vontade, porque senão eu não iria conseguir, porque no primeiro choro dá vontade de desistir.”

Como eu trabalho, eu acho que foi mais fácil, eu chegava 22:40h do trabalho e ele só mamava a noite, de manhã ficava até 10h com ele, aí comecei a tirar, quando ele pedia para mamar, eu pegava e dava a mamadeira. No começo ele chorava muito, porque ele nunca foi chegado a mingau, e era mingau que eu dava, depois ele foi se acostumando. Toda vez que ele queria mamar, eu dava mamadeira, foi uma semana assim, ele pegou bem, na segunda semana

ele não aceitou, e começou a chorar, chorar, eu ficava muito nervosa, porque eu ficava com muita pena dele, aí eu peguei e comecei a dar (mama) de novo (risos) dois dias, aí minha mãe sentou comigo e conversou, falou que se eu continuasse assim, eu não iria conseguir desmamar ele, então eu seguir firme, tinha dias que eu chorava, ele chorando e eu chorando, mas dava mamadeira, foi indo, e ele deixou de mamar, só que até hoje ele pega no peito, bota a boca, mas não suga, bota a boca e tira, não suga mais. Foi indo e eu consegui desmamar.

Eu achei que seria mais difícil porque ele sempre gostou muito de mamar, mesmo os poucos períodos que eu ficava em casa, ele gostava muito de mamar, por isso eu achei que ele ia sentir mais, mas minha mãe falou que acha que ele não sentiu tanto, porque como ele come muito bem, então essa questão da amamentação não fez tanta falta. Levaram duas semanas, depois de duas semanas ele parou de procurar, já aceitava bem a mamadeira, só na primeira semana mesmo que foi muito difícil, porque teve um momento que ele parou de querer a mamadeira, e só chorava, foi aí que eu voltei atrás porque fiquei com pena, mas depois eu consegui. Eu achei que foi fácil, eu pensei que iria ser mais difícil.

Mas só foi mais fácil por conta do trabalho mesmo, porque como eu passava o dia todo fora, e ele não mamava na madrugada, ficou mais fácil, bem mais fácil.

Quando eu chegava, 22:40h, ele mamava, mamava umas duas vezes, porque ele dormia às vezes 1h da manhã, porque como eu não estava o dia todo em casa, eu acho que ele aproveitava, ia dormir mais tarde, quando era de manhã, eu ia trabalhar umas 10h, então de 7h as 9:30h eu estava com ele, então mamava 2, 3 vezes.

O bom disso, porque ele sempre comeu de tudo, com 6 meses, eu comecei a dar papinha para ele e ele aceitou bem, e eu também dei até 6 meses o leite materno, só, exclusivo. Quando voltei a trabalhar, eu ainda consegui 1 mês de férias, foi bom para mim, eu ia para o trabalho, tirava o leite e deixava, e eu sempre tive muito leite, então era mais fácil, sempre deixava, com 6 meses comecei a introduzir a papinha, ele aceitou de boa, primeiro foram as doces, depois a salgada, quando foi com 7 meses ele começou a comer um arrozinho com feijão, ele sempre comeu muito bem, então a mama era mais um vício mesmo.

Meu medo era mais de perder o vínculo, essa questão da amamentação, mas depois passou, eu vi que não, que era só uma coisa mais da minha cabeça, que não perdeu esse vínculo.

Ah, senti tanta dor, porque eu acho a parte da amamentação uma parte incrível, é uma dependência que você tem, quando você trabalha você não tem a oportunidade de ficar muito tempo com a criança, então parece que quando você está amamentando é um vínculo que você cria, você e a criança, então quando ele parou de mamar foi muito difícil, e até porque eu descobrir que estava grávida, então eu já estava fragilizada porque ele só tinha 1ano e eu já

estava grávida de 5 meses. Foi mais difícil, acho que não foi nem para ele, foi mais difícil para mim, que é como se tivesse aquele vínculo sendo quebrado, de ele não mamar mais no peito, eu chorava, não vou mentir não, eu dava mamadeira, mas chorando. Chorava escondido da minha mãe, do meu marido. Eu senti muito, muito, muito. Até hoje quando eu lembro, eu já me emociono, porque foi uma parte difícil, porque a amamentação eu acho muito incrível, é um instrumento que Deus deu para gente para poder alimentar a criança, aquela dependência que a criança fica. Eu pensava que depois que ele parasse de mamar ele iria se distanciar mais de mim, mas isso passou também com um tempo, isso não ocorreu, era coisa da minha mente mesmo. Eu sofri mais do que ele. Até para voltar a trabalhar eu sofri muito, por isso também que eu decidi tirar (ordenhar), então como eu tinha muito leite facilitou, só que depois de 6 meses, eu comecei a não tirar mais porque ele já estava comendo.

(Desmamar) exige força de vontade, eu mesmo tive que ter muita força de vontade, porque senão, eu não iria conseguir, porque você no primeiro choro dá vontade de desistir porque eles não aceitam mamadeira, e ele está habituado ali a mamar, ter a coisa mais fácil, ele nunca foi chegado a mamadeira, teve dificuldade para pegar o bico. Então, tem que ter muita força de vontade, você tem que querer mesmo, só que como eu via as experiências de outras mulheres, eu achei que ia ser bem mais difícil, e foi mais difícil para mim do que para a criança.

Se eu não descobrisse que eu estava grávida, eu dava mama até 1 ano e meio, eu e meu marido já tinha discutido a respeito da amamentação, porque ele queria que eu continuasse dando até 2 anos, porque ele levou meu filho no pediatra e o pediatra falou que o ideal era até dois anos, eu falei ‘ah, não, até 1 ano e meio para mim está bom’.

Se eu não descobrisse que estava grávida, eu não teria tirado. A pediatra falou que eu poderia continuar amamentando que não oferecia risco não, mesmo assim eu decidir tirar porque quando ela nascesse para mim ia ser mais difícil amamentar os dois, por isso que decidi tirar, eu falei ‘vai ser melhor agora eu tirar porque essa experiência eu não sei como vai ser’, eu tenho muita dificuldade de adaptação, eu tenho muita dificuldade de me adaptar com o novo, então eu decidi tirar por isso, porque eu não sabia como seria ter que amamentar os dois. A gente sabe que amamentar é cansativo quando é muito novinho porque suga muito de você, imagina os dois. Na primeira amamentação, dele, eu tive anemia, porque eu tenho muita dificuldade de me alimentar, eu me alimento pouquíssimo, ele hoje, come mais que eu, por isso eu tive anemia, eu tive medo de estar amamentando os dois e ter anemia de novo.

Aqui no posto, M. (enfermeiro) me falou algumas dicas, me falou dessa questão de trocar a mama pela mamadeira, e como ele já estava se alimentando, por algum alimento. Mas como nesse horário era a noite, que eu ficava mais a noite com ele e pela manhã, então não

tinha como introduzir outro alimento, o mais fácil para mim foi a mamadeira mesmo, o mingau. Minha mãe me orientou na questão da mamadeira, de no horário da mama, dar mamadeira, trocar a mama, pela mamadeira, então foi mais fácil porque eu não tinha ideia de como começar esse desmame.

5 RESULTADOS

Esta seção está dividida em três subcapítulos, na formatação de artigos científicos:

5.1 MANUSCRITO 1 -NARRATIVAS DE MÃES ACERCA DO DESMAME DO ALEITAMENTO MATERNO CONTINUADO

5.2 MANUSCRITO 2 - PRÁTICAS MATERNAS E AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE DESMAME DO ALEITAMENTO MATERNO CONTINUADO

5.3 MANUSCRITO 3 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE ACERCA DO DESMAME DO ALEITAMENTO MATERNO CONTINUADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

5.1 MANUSCRITO 1 - NARRATIVAS DE MÃES ACERCA DO DESMAME DO ALEITAMENTO MATERNO CONTINUADO (Artigo será submetido à Revista Materno Infantil)

NARRATIVAS DE MÃES ACERCA DO DESMAME DO ALEITAMENTO MATERNO CONTINUADO

MOTHER NARRATIVES ABOUT CONTINUING BREASTFEEDING WEANING

RESUMO

Objetivo: compreender as vivências maternas no processo do desmame do aleitamento materno continuado. **Método:** estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido no período de março a maio de 2019, utilizou-se a História Oral temática como referencial teórico-metodológico. Participaram do estudo 12 mães que vivenciaram o processo de amamentação e desmame, que amamentaram seus filhos por um período de 1 ano ou mais. Utilizou-se como instrumento para a obtenção de dados a entrevista em profundidade, sucedida pela transcrição, textualização, transcrição, conferência do texto final e discussão do material produzido. **Resultados:** a partir da análise em profundidade do material empírico, foi possível identificar três eixos temáticos, que conduziram à discussão por meio de um diálogo com a literatura: Significados e sentimentos vivenciados pela mulher no processo da experiência de desmame; Fatores predominantes para a decisão de desmamar a criança e Dificuldades na realização do desmame. **Conclusão:** as narrativas apontam para a necessidade de maior atenção e cuidado às mães durante o processo de finalização do ciclo da amamentação. Ações de educação em saúde se fazem necessárias para que a mulher possa vivenciar esse momento munida de conhecimento para esclarecer as dúvidas, superar os medos, as dificuldades que surgirem e, conseqüentemente, possam ultrapassar essa fase com maior tranquilidade.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Desmame; Narrativa Pessoal; Enfermagem, Saúde da Mulher

ABSTRACT

Objective: to understand maternal experiences in the process of weaning from continued breastfeeding. **Method:** a qualitative study, developed from March to May 2019, thematic Oral History was used as a theoretical-methodological framework. The study included 12 mothers who experienced the breastfeeding and weaning process, who breastfed their children for a period of 1 year or more. In-depth interviews were used as an instrument to obtain data, followed by transcription, textualization, transcreation, checking of the final text and discussion of the material produced. **Results:** based on an in-depth analysis of the empirical material, it was possible to identify three thematic axes, which led to the discussion through a dialogue with the literature: Meanings and feelings experienced by women in the weaning experience process; Predominant factors for the decision to wean the child and Difficulties in weaning. **Conclusion:** the narratives point to the need for greater attention and care for mothers during the process of finalizing the breastfeeding cycle. Health education actions are necessary so that women can experience this moment with knowledge to clarify doubts, overcome fears, difficulties that arise and, consequently, they can overcome this phase with greater tranquility. **Keywords:** Breastfeeding; Weaning; Personal Narrative; Nursing, Women's Health

INTRODUÇÃO

Instituições nacionais e internacionais de saúde recomendam a amamentação por dois anos ou mais, oferecendo somente leite materno até o 6º mês de vida da criança, e complementação com outros alimentos a partir dessa idade.^{1, 2, 3} O aleitamento materno (AM) depois de um ano de vida, conhecido como aleitamento materno continuado, ainda é uma importante fonte de nutrientes, vitaminas, proteínas e energia, com capacidade de garantir proteção contra doenças infecciosas.³

Evidências científicas mostram o impacto positivo do AM continuado além do primeiro ano de vida na saúde da criança e da mulher que amamenta, com efeitos benéficos para ambos.^{4,5} Pressupõe-se que esses benefícios são maiores quanto maior for o período da amamentação.² Isso revela a importância da valorização e incentivo à amamentação continuada, uma temática, muitas vezes, relegada na prática de boa parte dos profissionais de saúde.

O incentivo ao AM exclusivo até o sexto mês tem sido maciçamente divulgado e orientado por autoridades e profissionais de saúde, no entanto, a continuação do aleitamento para além desse período tem sido muito pouco propagado, e da mesma forma são raras as orientações oficiais sobre a completa finalização desse ciclo. Em razão disso, são muitas as dúvidas e a sensação de insegurança quanto à duração total da amamentação e de como e quando o desmame deve ser realizado.⁶

Pressupondo que o processo de desmame do AM continuado pode ser difícil, doloroso, cheio de dúvidas e medo para as mães, é que se considera importante investigar e compreender os fatores determinantes, os desafios e significados dessa experiência.

Uma compreensão mais aprofundada dessa vivência pode contribuir para a construção de conhecimentos que subsidiem o planejamento de novas ações das políticas públicas relacionadas ao aleitamento materno, e conseqüentemente o trabalho de equipes e profissionais de saúde. Isso pode ajudar também a auxiliar as mães no AM continuado como parte integrante das ações em saúde coletiva de apoio a amamentação, pois acredita-se ser um processo que faz parte do desenvolvimento da criança e evolução na relação entre mãe e filho que deve ser vivenciado com segurança, tranquilidade e bem-estar para ambos.

Diante disso, surgiu o questionamento da pesquisa: Como se dão as vivências maternas do processo de desmame do aleitamento materno continuado? Assim, o objetivo do estudo foi compreender as vivências maternas no processo do desmame do aleitamento materno continuado.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa em que foi utilizado como referencial teórico-metodológico a História Oral (HO).

A HO possibilita aproximação do objeto de estudo por meio das narrativas de pessoas que vivenciaram alguma experiência no passado; registrar os aspectos socioculturais das vidas das pessoas; compreender a sociedade por meio do indivíduo que nela vive; estabelecer relações entre o geral e o particular por meio da análise de diferentes discursos, além de dar voz às minorias, àqueles que vivem à margem da sociedade, dos mais desprivilegiados que raramente aparecem documentadas nos arquivos históricos.^{7, 8}

O presente estudo empregou a HO temática que versa sobre um assunto específico, preestabelecido, um momento na vida das pessoas que resulta em experiências, revelando a percepção e significados de quem vivenciou um evento definido.⁷⁻⁹ Nesse sentido, pretende-se com a HO temática conhecer as experiências das mães no processo de desmame do AM continuado por meio de sua história passada na tentativa de apreender os significados, os valores, os sentimentos, as relações existentes entre o individual e o coletivo, bem como as percepções e elucidações sobre as técnicas e práticas para desmamar.

A pesquisa somente foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia com parecer nº 3.165.571 e CAAE nº 04191618.3.0000.0055.

O projeto foi desenvolvido no interior da Bahia, Brasil em Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana que realizavam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças.

Em história oral faz-se necessário definir a colônia e a rede que compõem o estudo, e que são fontes para a construção do material empírico^{9, 10} sendo assim, a colônia foi representada pelas mães que vivenciaram o processo de amamentação continuada e de

desmame, e a rede foi determinada pelos seguintes critérios de inclusão: mães que amamentaram seus filhos por um período igual ou maior que 1 ano de idade; mães que realizaram o desmame, e que este tivesse ocorrido nos últimos quatro anos.

A seleção das colaboradoras desta pesquisa ocorreu no período de março a maio de 2019, e foi realizada através de uma amostra intencional por busca ativa ou por indicação de novos contatos com as características desejadas, a partir da rede pessoal das depoentes. Inicialmente, foram feitas visitas as USF para apresentar o projeto de estudo e fazer parceria com a equipe de saúde para identificação das mulheres elegíveis. Posteriormente, a pesquisadora fez contato com essas mulheres para procurar obter delas o interesse em participar da pesquisa e agendar a entrevista. A busca das mães foi feita também no momento em que elas estavam acompanhando seus filhos para a vacinação ou consulta na Unidade. Foi apresentada a proposta do estudo e a mulher convidada a participar.

A interação com colaboradoras foi realizada por meio de entrevistas em profundidade, além disso, foi utilizado o caderno de campo, instrumentos básicos na metodologia da HO.⁷⁻⁹ Por meio de um roteiro com informações referentes ao perfil sócio demográfico (idade da mãe, renda, ocupação, escolaridade, estado civil, quantidade de filhos, idade em que o filho foi desmamado) e questões norteadoras, foi possível conduzir e estimular as narrativas das colaboradoras. A pergunta disparadora foi “Como aconteceu o processo de desmame de seu filho?”.

Para a análise da HO, obedeceu-se a seguinte sequência: transcrição das entrevistas, que é o primeiro tratamento dado às narrativas, posteriormente foi feita a textualização, fase na qual as perguntas são eliminadas e reparadas as palavras sem peso semântico, e finalmente a transcrição, que é “um texto recriado em sua plenitude”.^{8,9} As mães colaboradoras do estudo conferiram, validaram e autorizaram o produto final das narrativas. Para a apresentação dos

recortes dessas narrativas foi utilizada a letra “M”, seguida do numeral arábico para representar as mães participantes deste estudo.

RESULTADOS

As colaboradoras foram 12 mães com idade entre 20 e 42 anos. São mulheres com ocupações variadas (donas de casa, professora, advogada, enfermeira, diarista, trabalhos informais), com renda familiar entre meio e cinco salários mínimos. Nove mães são casadas/união estável; 4 possuem Ensino Fundamental; 3 Ensino Médio completo e 5 Ensino Superior. O desmame das crianças ocorreu entre 1e 4 anos de idade.

Na perspectiva da abordagem interpretativa adotada neste manuscrito, a análise do material empírico permitiu conhecer a vivência das mães de crianças maiores de 1 ano de idade no que diz respeito a finalização do ciclo da amamentação continuada. A partir das narrativas dessas mães foi possível conhecer os significados dessa experiência vivenciada, os sentimentos aflorados, as dificuldades, bem como as condições predominantes que interferiram na decisão sobre o momento do desmame. E assim, identificou-se três eixos temáticos, que conduziram à discussão através de um diálogo com a literatura: Eixo temático 1- Significados e sentimentos vivenciados pela mulher no processo da experiência de desmame; Eixo temático 2- Fatores predominantes para a decisão de desmamar a criança; Eixo temático 3- Dificuldades na realização do desmame.

SIGNIFICADOS E SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELA MULHER NO PROCESSO DA EXPERIÊNCIA DE DESMAME

Neste eixo temático, são apresentados os significados e sentimentos vivenciados pelas mães no processo da experiência de desmamar seu filho, que amamentou por mais de 01 (um) ano de idade.

O Medo de perder o vínculo com a criança, tristeza e sentimento de culpa foram prevalentes nas narrativas, mas a sensação de alívio também esteve presente em alguns depoimentos.

Medo de perder o vínculo

O medo de perder o vínculo com a criança após a efetivação do desmame foi uma preocupação de 04 (quatro) mães colaboradoras do estudo, como observado nas falas seguintes:

Eu fiquei preocupada porque o ato de amamentar é um ato de amor, a criança cria um vínculo muito grande com a mãe, e a mãe com o filho, existe aquela troca de calor humano, aquela troca de olhares que é muito lindo, aquela troca de amor de ambas as partes, a criança se sente protegida, a mãe passando calor para ele, ele se sente seguro, é um momento único [...] eu achava ‘ah, meu Deus, será se ele não vai ficar mais tão grudado a mim?’ [...] (M3).

Eu achava que com o desmame eu iria interromper o vínculo com meu filho. O meu medo maior era eu deixar de amamentar e ele perder o vínculo comigo (M6).

Meu medo era mais de perder o vínculo [...] (M12).

Passada a experiência do desmame, as mães perceberam que o vínculo construído com a amamentação foi mantido mesmo após a sua finalização.

Eu entendi que realmente não há uma interrupção do vínculo, porque o vínculo ele continua, independente da amamentação. O amor do filho, o que vai demonstrar, o que vai fazer com que seu filho cada dia lhe ame são suas ações, então eu procurei suprir o desmame com outras ações, tentar sentar com ele, contar histórias, cantar com ele, então tudo isso fez com o desmame não fosse tão traumático para ele, e entender que realmente não houve uma quebra de vínculo (M6).

[...] eu vi que não, que era só uma coisa mais da minha cabeça, que não perdeu esse vínculo (M12).

Sentimento de tristeza

A tristeza, em razão da finalização do ciclo da amamentação, foi o sentimento mais citado nas narrativas das mães. Uma delas, precisou fazer o desmame por motivos de saúde, o que acarretou em sofrimento e tristeza, outras mães relataram os mesmos sentimentos por terem realizado um desmame abrupto, e tiveram também aquelas que se sentiram tristes simplesmente pela finalização do ciclo, após uma experiência positiva de amamentação.

Não foi um desmame só dele, foi um desmame meu também. (Sinto) a falta dele no meu colo, dele mamando, do tempo que a gente tinha que era só nosso [...]dele estar me fazendo carinho, eu fazendo carinho nele, então foi um pouco dessa falta [...] foi difícil, é difícil ainda, por estar ainda muito recente (M11).

Ah senti tanta dor, porque eu acho a amamentação uma parte incrível [...] quando você está amamentando é um vínculo que você cria, você e a criança, então quando ele parou de mamar foi muito difícil [...] acho que não foi nem para ele, foi mais difícil para mim, que é como se tivesse aquele vínculo sendo quebrado [...] eu chorava, não vou mentir, não, eu dava mamadeira, mas chorando [...] eu senti muito. Até hoje quando eu lembro, eu já me emociono, porque foi uma parte difícil (M12).

Sentimento de culpa

O sentimento de culpa também esteve presente em algumas falas. Esse sentimento pode estar atrelado a tristeza, como observado nos depoimentos das mães M3 e M4, pois ao mesmo tempo em que demonstram tristeza, apresentam também a sensação de culpa por ter desmamado o filho de forma abrupta.

Você dá mama, você ver ele mamar, você estar dando alimento para seu filho é como você ver o passarinho dando comida na boquinha do filhote, isso é muito lindo [...] quando eu estava dando de mamar, o sentimento é lindo, é maravilhoso, mas na parte de desmamar é que é triste porque você sente um peso de culpa absurda [...] A pediatra pediu que de início, eu começasse a desmamar aos poucos, só que foi muito traumático porque eu precisei tomar medicação com urgência e não tive esse período realmente do desmame gradual, essa que foi a pena que deu, essa culpa, essa dor que vem, ter parado de mamar de um dia para noite (M3).

Foi triste para mim, porque ele estava querendo mamar... era como se ele quisesse, e eu não quisesse dar mama, era uma coisa que eu tinha ali naquele momento, às vezes eu pensava 'Meu Deus, eu tenho a mama, e eu vou deixar só por causa da noite, só para eu poder dormir?!' Então para mim, foi muito triste, de verdade! (M4).

Da primeira vez que eu tentei (fazer o desmame), fiquei tentando enganá-lo, mas na verdade eu não aguentava [...]eu me culpava muito, e logo voltava atrás (M6).

Sensação de alívio

Algumas mães referiram sensação de alívio e bem-estar com a finalização do ciclo da amamentação, pois sentiam-se cansadas com a amamentação prolongada. Houve relatos também de dependência da criança.

Eu senti um alívio. Foi muito bom porque eu não estava mais aguentando, estava muito cansada [...] E crescidinha já também, com quase 2 anos, eu acho que suga mais, com mais força, incomoda a gente (M5).

Eu achei muito bom, porque ela era muito grudada em mim, não ia para casa de ninguém, hoje ela já fica na casa da avó duas, três horas, e antes não, quando mamava tinha que estar o tempo todo comigo (M9).

Significados atribuídos sobre processo de desmame

Quando questionado para as mães o que exigiu delas para efetivar o desmame da criança em aleitamento materno continuado e quais os significados dessa experiência, a resposta concentrou-se em três expressões que se articulam e se relacionam umas com as outras: controle emocional, força de vontade e paciência.

Para desmamar, exige controle emocional porque você estar ali amamentando tranquila e de repente ter que tirar. Da minha parte foi difícil [...] eu tinha muito leite [...] eu não tirei porque eu quis tirar, porque estava na hora de tirar, não! Eu fui obrigada a tirar (M3).

Para desmamar, exige força de vontade, porque se a gente não tiver vontade mesmo de tirar e não colocar na mente que vai tirar, a gente não tira [...] às vezes eles não querem comer [...] dá pena [...] (M7).

Para desmamar precisa de paciência, muita paciência porque estressa, é muito choro, a noite toda, de dia chorando, sem querer comer, dar até febre, porque está viciado no peito, é difícil (M10).

FATORES PREDOMINANTES PARA A DECISÃO DE DESMAMAR A CRIANÇA

Dentre os fatores que fizeram a mãe decidir por finalizar o ciclo da amamentação, foram recorrentes: influência do ciclo social, idade da criança, fadiga, e a dificuldade de a criança aceitar outros alimentos além do leite materno.

Influência do ciclo social

A Influência do Ciclo social das mães de crianças maiores de 2 anos de idade foi uma das razões para a efetivação do desmame. O aleitamento materno continuado é visto, muitas vezes, pela sociedade, como algo totalmente desnecessário, o que acaba por causar um estigma social com relação a esta prática.

Eu sofria muito preconceito porque dava mama a ele, falavam que iria cair o peito, que iria ficar feio, que era feio um menino daquele tamanho estar mamando (M7).

[...] ficava todo mundo 'Ah o leite não sustenta mais', 'É só mania', 'Ele já toma mamadeira, já come tudo, ele almoça, ele janta, então não tem mais necessidade desse peito' [...] a gente termina sendo cobrada pela família (M11).

Idade da criança

A idade da criança foi o principal motivo referido pelas mães para efetivar a finalização da amamentação, especialmente para aquelas com filhos maiores de dois anos de idade. Algumas mães relataram que o filho parecia apresentar uma certa dependência, então para elas o desmame seria importante para contribuir com o desenvolvimento e independência da criança.

Não porque eu queria desmamar, na verdade eu não queria, [...] se eu pudesse estaria amamentando até hoje, mas eu via que já era necessário porque ele já estava quase completando 3 anos, então ele precisava criar uma independência como criança (M6).

Ele já estava grandinho [...] eu acho na verdade, que nem era ele que era viciado, era eu quem gostava mesmo de dar mama. Só que teve um tempo que falei que estava grande e que não precisava mais não, estava comendo de tudo já (M5).

Acho que para o crescimento dele foi importante, porque ele termina ficando muito dependente, muito apegado a mãe [...] mesmo que a minha vontade fosse de não fazer (o desmame) (M11).

Fadiga/Cansaço

A fadiga foi outra importante razão que motivou algumas das mães a realizarem o desmame, como observados nos depoimentos a seguir:

Eu já não estava mais aguentando amamentar [...] tinham noites que nem dormia porque só querendo peito. Depois que eu desmamei, ele começou a comer outras coisas e conseguia dormir à noite todinha e eu também, descansava (M1).

Ela mamava muito! Tanto que estava me cansando ao extremo [...] até dor eu sentia no corpo inteiro, porque cansava ficar de um lado só, mesmo que virasse de lado, incomodava a coluna, estava me causando dor mesmo. Quando eu tirava a mama para descansar, ela continuava chorando, me causava incômodo, dor, e o tempo todo chorando, eu tinha que dar mama para não ter o desconforto sonoro (M5).

Eu mesma não estava mais aguentando, chegava do trabalho, ele já vinha em cima, avoado, caçando leite, e na minha folga ele queria mamar o dia todo (M10).

Não aceitava bem outros alimentos

Além das razões citadas anteriormente, algumas mães fizeram referência a baixa aceitabilidade da criança a outros alimentos além do leite materno, o que as motivou para a realização do desmame.

Com 1 ano e 9 meses eu já comecei tentando tirar, porque ele não queria introduzir outra comida, só era a mama mesmo. Não queria nenhum tipo de comida, viciado no peito, só queria o peito porque era mais fácil, e eu já não estava mais aguentando amamentar (M1).

Com 2 aninhos ele só mamava, e eu fiquei preocupada porque eu achava que ele não estava aumentando de peso. O peso não estava bom, não estava ideal para a idade dele (M8).

Porque ele não queria alimentar, não queria uma comida diferente [...] durante o dia só comia fruta, ficava esperando eu chegar (a noite) para mamar. Eu não podia tirar o leite, porque ele não queria mamadeira, só diretamente no peito. Teve uma vez que ele estava tão fraco que adoeceu, ficou 7 dias no hospital de fraqueza, porque ele não estava se alimentando [adequadamente] (M10).

DIFICULDADES NA REALIZAÇÃO DO DESMAME

O choro intenso da criança foi a principal dificuldade relatada pelas mães para a realização do desmame, além disso tiveram casos de crianças que rejeitaram qualquer tipo de

alimento ou bebida. O desmame abrupto, caracterizado pela cessação súbita e forçada da amamentação, realizado por algumas mães, pode ter causado estresse e ansiedade na criança, o que pôde ter acarretado em irritabilidade e rejeição a alimentar-se.

O processo de desmame foi muito difícil [...] Ele chorou a noite toda, foi um desespero, um sofrimento! Eu chorei muito, eu achei que eu não iria conseguir, eu chorei demais vendo o sofrimento dele que era desesperador [...] isso no primeiro dia, no segundo foi mais tranquilo e no terceiro ele se conformou, e não procurou mais o peito (M3).

Foi bem difícil, eu só consegui porque tive ajuda do marido, porque C. chorou muito nas primeiras noites. Na primeira noite ele chorou tanto, que eu já estava desesperada [...] ele não parava, chorava muito! [...] foi muito difícil ver meu filho chorando daquele jeito, apavorado e eu ficar quieta. Meu marido teve que sair, ficar em outro canto da casa, na sala, e eu dentro do quarto, me torturando em ver aquela situação (M4).

Desmamar mesmo, eu comecei com 3 anos. Foi um pouco difícil, porque ele era muito apegado a mim, ele chorou nos primeiros dias, não comia nada, mas depois ele se acostumou [...] sofreu, sofreu, mas eu consegui tirar (M7).

Na 1º noite ela chorou muito [...] passou a noite toda chorando, porque o primeiro dia é difícil, primeiro e segundo dia são difíceis [...]. Passou dois dias sem comer nada, sem beber nada (M9).

DISCUSSÃO

O método da história oral foi um recurso adequado para apreender o significado das vivências das mulheres o que se apresentou como uma oportunidade para mostrar as experiências pessoais.⁹

Por meio das narrativas das mães deste estudo foi possível notar que a experiência da amamentação foi vivenciada, de uma maneira geral, de forma positiva, o que se constituiu no alicerce fundamental para o estabelecimento desta prática além do primeiro ano de vida da criança, sendo constatado por meio de relatos que revelam o medo de perder o vínculo com a criança, o sentimento de tristeza e de culpa pelo desmame.

Está comprovado na literatura que o aleitamento materno está associado à construção do vínculo entre mãe e filho.^{3, 11, 12} Alguns autores sinalizam ainda, que quanto maior o tempo de amamentação, maior o fortalecimento do vínculo afetivo entre o binômio.¹³ Um vínculo

físico, biológico, elétrico, magnético, emocional, psíquico e espiritual, fruto da íntima relação entre mãe e filho.¹¹

Atrelados ao medo de perder o vínculo, estiverem presentes também o sentimento de tristeza e a sensação de culpa com a finalização do ciclo da amamentação. Além disso, surgiram o sentimento de alívio, traduzido pela sensação de cansaço e a fadiga pelo prolongamento da amamentação. O Ministério da Saúde (MS) alerta que as mulheres devem estar preparadas para as mudanças físicas e emocionais que o desmame pode desencadear, entre elas estão os sentimentos diversos como alívio, paz, tristeza, depressão, culpa e luto pela perda da amamentação.¹⁴

Para Dolto¹⁵, a mãe também é desmamada, uma vez que o processo de desmame pode ser uma experiência difícil para o binômio, marcado por uma separação bastante dolorosa para ambos, pois segundo o autor “trata-se da interrupção de um tipo de relação que se concretiza pela separação do corpo-a-corpo até então vital”^{15:177}. Corroborando com essa opinião, uma mãe fala no seu depoimento *“não foi um desmame só dele, foi um desmame meu também, até hoje eu falo que tirei o peito cedo demais, porque ainda não estava preparada para esse desmame”* (M11). Esta mãe, entre outras deste estudo, relata que apesar de não desejar efetivar o desmame, o fez em razão de influência de seu ciclo social de amigos e família, que avaliavam a criança com idade avançada para continuar amamentando. Na realidade, esse tipo de experiência é mais comum do que se imagina, mães que desmamam seus filhos simplesmente por pressão da sociedade que dita o momento da finalização da amamentação, sem ao menos conhecer o contexto de vida dessas mães, suas opiniões, nem mesmo a relação intrafamiliar e a interação entre o binômio.

Uma revisão integrativa sobre as influências sociais no processo do aleitamento materno continuado apontou que a sociedade interfere no processo de desmame, especialmente no AM que se prolonga além do primeiro ano da vida da criança. O estudo revelou que as mães são

discriminadas e sofrem preconceito por continuarem a amamentação por um ano ou mais, e passam por coerção social para o desmame.¹² Igualmente, outra pesquisa sinalizou que quando o desmame acontece com a criança acima de 12 meses, nem sempre é uma decisão pessoal da mãe de desmamar, mas sim influenciada por outras pessoas.¹⁶

Outro fator que contribuiu para decisão do desmame da criança acima de 1 ano, foi a crença da dependência emocional. Para as genitoras, a finalização da amamentação contribuiria com o desenvolvimento e independência da criança. No entanto, o Ministério da Saúde sinaliza que crianças amamentadas por mais tempo tendem a ser mais independentes, e orienta que se faz necessário cuidado para a realização do desmame, o qual deve ocorrer de forma tranquila e gradual, pois o desmame forçado e abrupto pode gerar insegurança na criança e dificultar o processo de independência.^{3, 14}

Diante desse cenário, frisa-se a importância de incluir nas ações de estímulo à amamentação continuada, a desconstrução dos mitos e tabus que permeiam essa temática, bem como a valorização da decisão pessoal sobre o momento ideal do desmame da criança, sem interferências de amigos, vizinhos, colegas.

Foi recorrente nas narrativas a sensação de fadiga e cansaço em relação a prática da amamentação prolongada, o que justificou o desmame. Resultado semelhante foi encontrado no estudo sobre o desmame aos dois anos, que associou o cansaço ao entendimento das mães de que deveriam estar sempre disponíveis para amamentarem seus filhos. Esse mesmo estudo, corroborando com os achados da presente pesquisa, também mostrou a coerção social e a idade avançada da criança como fatores que fizeram as mães decidirem pela cessação completa da amamentação.¹⁷

Outro motivo para o desmame, segundo as colaboradoras deste estudo, foi o fato de a criança recusar outros alimentos, predominando o leite materno na sua dieta. Essa questão pode estar associada a restrição do campo de experiência da alimentação da criança e/ou a falta de

preparo/informação/conhecimento suficiente da mãe para garantir uma introdução alimentar adequada e satisfatória.

Um estudo que utilizou dados secundários da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006, cujo objetivo foi descrever os padrões de consumo alimentar em crianças brasileiras de 6 a 24 meses e avaliar as diferenças entre crianças amamentadas que não consomem leite não humano, crianças amamentadas que consomem leite não humano e crianças não amamentadas, revelou uma baixa prevalência de crianças com alimentação diversificada e saudável de acordo com as recomendações oficiais de saúde brasileiras. Além disso, mostrou também que crianças amamentadas que não consumiam leites não humanos apresentaram maior probabilidade de seguir uma dieta saudável diversificada.¹⁸

O MS orienta que após o sexto mês de vida da criança deve-se construir práticas alimentares bem estabelecidas, a partir de uma alimentação saudável e variada, que deve ser oferecida gradativamente, até que a criança esteja adaptada aos novos alimentos, sabores, texturas e consistências.^{3, 14} Diante disso, é preciso chamar a atenção sobre a relevância da alimentação complementar adequada e apropriada a partir dos seis meses, uma introdução alimentar saudável muito bem estabelecida, sem necessidade da introdução de outros tipos de leites não humano, engrossantes, farináceos ou mingaus, mas sobretudo com oferta de grande variedade de alimentos que façam a criança descobrir e ter prazer por outros sabores, além do leite materno. Para isso, faz-se necessário conhecimento, paciência e disposição dos pais, familiares e cuidadores, muitas vezes com acompanhamento profissional para ajudar a criança nesse processo de novas experiências e aprendizados.

As mães relataram que a principal dificuldade para desmamar seus filhos foi o choro intenso das crianças; algumas referiram que a criança deprimida pelo desmame, além de chorar intensamente, recusava a alimentar-se, em razão disso, elas pontuaram a necessidade de se ter controle emocional, força de vontade e paciência para efetivação do desmame. O mesmo

achado foi encontrado em estudo acerca da vivência de mulheres sobre o desmame (tardio) da criança, que mostrou bastante sofrimento das mães, não só pela dificuldade em fazer com que a criança passasse a aceitar outro tipo de alimento, mas por compadecer-se com o sofrimento do filho em não ser mais amamentado.¹⁶

Notou-se que todas as mães que relataram dificuldade no processo de desmame, fizeram-no de forma abrupta, isso pode ter causado estresse e ansiedade na criança, o que pôde ter acarretado em irritabilidade e rejeição a outro tipo de alimento. O MS aponta que o desmame súbito pode fazer com que a criança se sinta rejeitada pela mãe, o que pode gerar insegurança.¹⁴

Podem ser diversas as reações ao desmame, desde a falta de interesse de comer ou recusa ao alimento, além de irritabilidade e choro. O autor sugere à mãe acalantar, confortar e preparar a criança para o retorno a alimentação.¹⁹

Uma análise sobre o desmame do ponto de vista psicanalista, citando Freud, Melanie Klein, Françoise Dolto e Winnicott, discorre que essas dificuldades representadas, bem como a tristeza da criança são comuns.¹⁵ A autora sinaliza que para o desmame ocorrer de forma mais tranquila, é preciso fornecer à criança um ambiente estável e tranquilo, sendo indispensável uma amamentação bem conduzida, com um desmame progressivo e espontâneo, sem que nenhuma intervenção seja necessária, pois as reações ao desmame são complexas, vão desde a diminuição do apetite, irritação, choro intenso, agressividade e comportamentos de quem não superou bem a frustração ou os conflitos ligados ao desmame, como o ciúmes, a gulodice e o rancor. A maneira de administrar esses conflitos é decisiva para o bem-estar mental da criança e para a sua inserção e convívio social. A má administração pode acarretar em depressões e problemas no desenvolvimento da criança.¹⁵

O desmame não é a simples finalização da amamentação, mas um processo de frustrações, que faz parte do desenvolvimento da criança. Uma boa experiência da amamentação,

aqui inclui todo o processo, até a sua finalização, é uma boa base para a vida, desenvolve boas lembranças e torna as pessoas mais preparadas para a vida.¹⁹

Diante das narrativas apresentadas neste estudo, nota-se a relevância de uma rede de apoio, nela incluindo a participação ativa do profissional de saúde no cuidado a dupla mãe/filho, não apenas no início, mas durante todo o ciclo da amamentação, prestando assistência também no processo de desmame. Para isso, faz-se necessário identificar e compreender o aleitamento materno no contexto sociocultural e prestar um cuidado eficaz, solidário, integral e contextualizado, que respeite o conhecimento, a experiência e a história de vida de cada mulher, e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças diante todo o processo de amamentação e desmame.¹⁵ Sendo assim, é primordial que o profissional de saúde tenha conhecimento sobre os principais problemas e dificuldades decorrentes desse processo para saber as formas de lidar com eles e assim serem subsídios para as mães, quando essas precisarem.

A análise das narrativas deste estudo possibilitou compreender como as mulheres vivenciam a experiência do desmame do aleitamento materno continuado. “Toda narrativa é sempre a construção, a elaboração, a seleção de fatos e as impressões. Portanto, como discurso em eterna elaboração, a narrativa em história oral é uma versão dos fatos e não os fatos em si”.^{9:}

50

CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer as experiências maternas no processo do desmame do aleitamento materno continuado.

Notou-se que as questões socioculturais interferiam decididamente na efetivação do desmame do aleitamento materno continuado por parte das mães, com destaque para a coerção social, a crença de que crianças mais velhas não devem continuar amamentando, pela

justificativa de que a idade avançada pode acarretar em dependência emocional, a crença de que se faz necessário desmamar para a criança aceitar outros tipos de alimentos e se tornar independente.

As narrativas das mães apontam para a necessidade de maior atenção e cuidado às mães que vivenciam a fase de finalização do ciclo da amamentação. Ações de educação em saúde se fazem necessárias para que a mulher possa vivenciar esse momento munida de conhecimento para desmistificar as crenças, esclarecer as dúvidas, superar os medos e as dificuldades que surgirem e conseqüentemente, possam ultrapassar essa fase com maior tranquilidade.

O caminho metodológico escolhido para este estudo proporcionou melhor compreensão do significado da vivência das mulheres sobre o processo de desmame do aleitamento materno continuado. Assim sendo, o objetivo proposto foi atingido, pois as narrativas das colaboradoras da pesquisa acrescentam conclusões importantes sobre o processo de desmame do aleitamento materno continuado, nos aspectos dos sentimentos conflituosos que foram vivenciados pela maioria delas, como o medo de perder o vínculo com a criança, o sentimento de tristeza e culpa, as dificuldades para a realização do desmame, a influência social de incentivo ao desmame, mesmo sem a vontade da mãe para a concretização do processo. Além de demonstrar que a experiência do desmame é um processo individual e diferenciado, influenciada pela cultura, crenças, valores, posicionamentos e atitudes particulares de cada mãe. Diante disso, este estudo reforça a necessidade de fortalecer as evidências científicas sobre a importância da inclusão de informações de qualidade e orientações consistentes e robustas sobre a finalização do ciclo da amamentação continuada.

O estudo apresentou como limitação a pouca quantidade de estudos científicos, além de escasso material de organizações nacionais e internacionais de saúde sobre a temática para subsidiar na análise e discussão do material empírico.

REFERÊNCIAS

1. WHO (World Health Organization). Infant and young child feeding. Fact. Geneva; 2017.
2. SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria). Aleitamento Materno Continuado *Versus* Desmame. Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Aleitamento Materno. Rio de Janeiro; 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília 2019 [acesso em 20 mar 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
4. Giugliani ERJ, Santos EKA dos. Amamentação exclusiva. In: Carvalho MR, Gomes, CF (Orgs) **Amamentação: bases científicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
5. Giugliani ERJ, Victora C. Evidências científicas do impacto da amamentação e da amamentação exclusiva na saúde das mulheres e crianças. In: Venancio SI, Toma TS. **Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: evidências científicas e experiências de implementação**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2019.
6. Kalil IR, Aguiar AC. Silêncios nos discursos pró aleitamento materno: uma análise na perspectiva de gênero. Estudos Feministas [internet]. 2017 [acesso em 30 mar 2020]; 25(2):562. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ref/v25n2/1806-9584-ref-25-02-00637.pdf>.
7. Thompson P. A voz do passado. Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
8. Alberti V. Manual de história oral. 3ª ed. São Paulo: Editora FGV; 2005.
9. Meihy JCSB. Manual de História Oral. 4 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

10. Meihy JCSB, Holanda F. História Oral: como fazer, como pensar. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2013.
11. Carvalho MR. Manejo ampliado da amamentação/ O aleitamento pela ótica da saúde coletiva. In: Carvalho MR, Gomes CF. Amamentação: bases científicas. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 533-42.
12. Cruz NM, Melo MCP, Silva LS, Silva SPC. Vivência das mães na transição para o desmame natural. Arq. Ciênc. Saúde [internet]. 2017 [acesso em 29 mar 2020]; 24(3) 19-24. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/583/703>.
13. Britton JR, Britton HL, Gronwaldt V. Breastfeeding, sensitivity, and attachment. Pediatrics [internet]; 2006 [acesso 01 fev 2020]; 118 (5): 1436–1443. Disponível em: <http://www.allattamentoalseno.it/lavori/Pediatrics%202006118.pdf>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília; 2015 [acesso em 29 mar 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf.
15. Queiroz TCN. Do desmame ao sujeito. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
16. Marcon SS. Vivência de mulheres sobre o desmame (tardio) da criança. Rev. gaúcha Enferm [internet]. 1996 [acesso em 01 fev 2020]; 17(1):43-50. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4101/42862>.
17. Souto DC. Amamentação de crianças com idade superior a dois anos: experiências maternas [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2015.
18. Bortolini GA, Giugliani ERJ, Gubert MB, Santos LMP. Breastfeeding is associated with children's dietary diversity in Brazil. Ciência & Saúde Coletiva [internet]. 2019 [acesso

em 10 out 2020] 24(11):4345-4354. Disponível em:
[https://www.researchgate.net/publication/336923687_Breastfeeding_is_associated_wi
th_children's_dietary_diversity_in_Brazil](https://www.researchgate.net/publication/336923687_Breastfeeding_is_associated_with_children's_dietary_diversity_in_Brazil).

19. Winnicott DW. *A criança e o seu mundo*. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2019.

5.2. MANUSCRITO 2 - PRÁTICAS MATERNAS E DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE DESMAME DO ALEITAMENTO MATERNO CONTINUADO (Artigo será submetido à Revista Ciências e Saúde Coletiva)

**PRÁTICAS MATERNAS E AS ORIENTAÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO
PROCESSO DE DESMAME DO ALEITAMENTO MATERNO CONTINUADO
MATERNAL PRACTICES AND HEALTH EDUCATION GUIDELINES IN THE
CONTINUOUS BREASTFEEDING PROCESS**

RESUMO

Objetivo: Conhecer as práticas maternas adotadas e as orientações de educação em saúde fornecidas por enfermeiras acerca do processo do desmame do aleitamento materno continuado.

Método: pesquisa de abordagem qualitativa, desenvolvida por meio de entrevista semiestruturada com enfermeiras da Estratégia Saúde da Família e das narrativas de 12 mães que vivenciaram o processo de amamentação e desmame após 1 ano de idade. Realizado no interior da Bahia, Brasil em Unidades de Saúde da Família da zona urbana, no período de março a maio de 2019. Empregada a técnica da Análise Textual Discursiva. **Resultados:** as práticas maternas adotadas no processo do desmame do aleitamento engloba desde a forma gradativa de manejar o processo até um desmame abrupto, com uso de substâncias nos mamilos para alterar sua aparência e o sabor do leite. As enfermeiras têm dificuldades em prestar uma adequada assistência às mães diante do processo de desmame. **Conclusão:** As mães realizaram o desmame utilizando de métodos tradicionais baseados em crenças e costumes, como o uso de babosa, dipirona, esmalte vermelho, pó de café e esparadrapo, inclusive por orientação de profissional de saúde. As/os enfermeiras/os que participaram desta pesquisa sentem-se despreparadas para assistir as mães e orientá-las diante das demandas do processo de desmame.

Palavras-chave: Amamentação; desmame; saúde da criança; enfermagem; educação em saúde

ABSTRACT

Objective: To know the maternal practices adopted and the health education guidelines provided by nurses about the process of weaning from continued breastfeeding. **Method:** research with a qualitative approach, developed through semi-structured interviews with nurses from the Family Health Strategy and the narratives of 12 mothers who experienced the breastfeeding and weaning process after 1 year of age. Held in the countryside of Bahia, Brazil at Family Health Units in the urban area, from March to May 2019. The Discursive Textual Analysis technique was employed. **Results:** the maternal practices adopted in the process of weaning from breastfeeding range from the gradual way of handling the process to abrupt weaning, with the use of substances in the nipples to change their appearance and the taste of milk. Nurses have difficulties in providing adequate assistance to mothers in the face of the weaning process. **Conclusion:** The mothers weaned using traditional methods based on beliefs and customs, such as the use of aloe vera, dipyrone, red nail polish, coffee powder and adhesive tape, even under the guidance of a health professional. The nurses who participated in this research feel unprepared to assist the mothers and guide them in face of the demands of the weaning process.

Keywords: Breastfeeding; weaning; child health; nursing; Health education

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde orienta o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, continuado por dois anos ou mais, e finalizado de forma espontânea ou gradual¹.

No Brasil, houve elevação significativa do aleitamento materno (AM) continuado com 1 ano de vida, aumentando de 25,5% em 1986 para 47,2% em 2006, com estabilização a partir desse ano, perfazendo 45,4% em 2013. O AM continuado por 2 anos, manteve-se inalterado entre 1986 e 2006, em torno de 25%, com aumento subsequente, chegando a 31,8% em 2013². Em 2020, a prevalência foi de 53,1% de aleitamento materno continuado aos 12 meses, e 60,9%

entre as crianças com menos de 24 meses³. Essa expansão pode estar relacionada a supervalorização e a ampla divulgação da importância do AM mediante campanhas nos meios de comunicação de massa desde o final da década de 90 até a presente data, em que abordam as vantagens da amamentação não apenas nos aspectos nutricionais e imunológicos que beneficiam a criança, mas também as vantagens do aleitamento para mãe, família, sociedade e Estado⁴.

O AM continuado ou prolongado, aquele que ocorre além do primeiro ano de vida da criança, continuado com outros alimentos, proporciona muitos benefícios para a saúde do binômio, sendo cada vez maior quanto mais duradoura for a amamentação, com impactos positivos para cada mês ou ano de amamentação, tais como diminuição de morbimortalidade por doença infecciosa, melhor desenvolvimento cognitivo, redução de sobrepeso ou obesidade na vida adulta⁵, além de gerar efeito protetor sobre a saúde mental na adolescência⁶ e na fase adulta⁷. Na mulher, pode exercer proteção contra diabetes tipo 2, câncer de mama, de ovário e útero^{5,8}.

Em algum momento, a amamentação continuada deve chegar ao fim, podendo ocorrer de forma natural como sugere o Ministério da Saúde¹ ou de forma conduzida, conforme desejo da mãe. Esse processo pode ser marcado por uma experiência conflituosa, estressante, e, muitas vezes, caracterizada por sofrimento e grande tristeza para o binômio. Daí a importância do desenvolvimento de estudos que revelam a forma pela qual se configura o processo de aleitamento materno continuado além do primeiro ano de vida da criança e o seu desmame, em que leva em consideração a percepção das mulheres sobre essa experiência, suas dificuldades, seus anseios e expectativas, especialmente no que diz respeito a finalização desse ciclo.

Apesar de as organizações nacionais de saúde incentivar a amamentação por dois anos ou mais, a importância do processo de desmame parece ser negligenciada. Reitera-se que o desmame da amamentação continuada precisa ser mais intensamente discutido, orientações

claras e concisas baseadas em evidências científicas devem ser inseridas nas Políticas de aleitamento materno, uma vez que o processo de desmame do aleitamento materno continuado envolve questões multifacetadas e condicionantes socioculturais que afetam diretamente na vida e saúde de mães e filhos, que precisam ser investigados e melhor compreendidos, visando o bem-estar e a melhoria da qualidade de interação entre o binômio. Diante dessa perspectiva é que se optou pelas seguintes questões de pesquisa: Quais são as práticas maternas adotadas no processo de desmame do aleitamento materno continuado? E quais são as orientações de educação em saúde fornecidas por enfermeiras sobre esse processo? Assim, este estudo teve como objetivos: Conhecer as práticas maternas adotadas e as orientações de educação em saúde fornecidas por enfermeiras acerca do processo do desmame do aleitamento materno continuado.

Espera-se que este estudo possa contribuir nas discussões de cunho científico e na construção de Políticas Públicas sobre aleitamento materno, incluindo a finalização desse ciclo nas orientações de incentivo à amamentação.

METODOLOGIA

Projeto desenvolvido no interior da Bahia, Brasil em Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana que realizavam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças.

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, que utilizou a triangulação de dados afim de compreender aspectos subjetivos envolvidos na produção do cuidado frente ao processo de desmame. A triangulação de dados é uma estratégia de pesquisa que se processa por meio do diálogo de diferentes métodos, técnicas, fontes e dados, visando produzir um conhecimento mais aprofundado da realidade⁹.

Assim sendo, como fonte para a construção do material empírico, foram utilizados dois grupos populacionais: mães que vivenciaram o processo de amamentação continuada e desmame e enfermeiras/os da Estratégia Saúde da Família (ESF). Buscou-se cruzar e triangular

as narrativas provenientes da História oral das mães com as entrevistas semiestruturadas realizadas com as/os enfermeiras/os e o diário de campo.

Com o grupo das mães, foi utilizada a técnica da história oral (HO) a fim de apreender as vivências maternas acerca do processo de desmame por meio de sua história passada, na tentativa de compreender as práticas e técnicas do desmame, suas dificuldades e significados e as relações existentes entre o individual e a coletividade. A HO é um recurso usado para elaboração de estudos aprofundados sobre a experiência social¹⁰⁻¹¹. É um método de pesquisa que permite uma aproximação do objeto de estudo por meio das narrativas de pessoas que vivenciaram acontecimentos passados. Trata-se de estudar os aspectos socioculturais de eventos passados através das experiências e versões pessoais e assim compreender a sociedade através do indivíduo que nela vive¹⁰⁻¹².

A seleção das mães foi realizada por meio de uma amostra intencional por busca ativa, sendo incluídas no estudo, mães que amamentaram seus filhos por um período igual ou maior que 1 ano de idade, e que realizaram o desmame em até quatro anos antes do período de coleta. Foram critérios de exclusão: mães menores de 18 anos, mães que ainda estivessem amamentando e mães que tivessem realizado o desmame antes do primeiro ano de vida da criança.

Em HO, o número das colaboradoras pode ser definido a partir do momento em que as narrativas começarem a ficar repetitivas ao ponto de o pesquisador ter a impressão de que não há nada novo a apreender sobre o objeto de estudo, não sendo mais interessante prosseguir com a coleta^{10,12}. Assim sendo, 12 mães que vivenciaram o processo de desmame do aleitamento materno continuado participaram deste estudo.

Para se obter dados sobre a vivência das mães, utilizou-se a técnica da entrevista em profundidade, obedecendo a seguinte questão disparadora: “Como aconteceu o processo de desmame de seu filho?”. Esse tipo de entrevista é uma ferramenta básica na metodologia da

história oral, que é composta pelas seguintes etapas: pré-entrevista, que é a etapa de preparação do encontro em que ocorrerá a entrevista; a entrevista propriamente dita, e a pós-entrevista, que é o momento de manter contato com as colaboradoras para estabelecer a continuidade do processo e validação do produto final.¹⁰ Posteriormente à entrevista, obedeceu-se a sequência de transcrição, textualização e transcrição das narrativas. Durante esse momento, procurou-se estabelecer uma frase guia, conhecida como ‘tom vital’, que serve de epígrafe para a leitura de cada entrevista. Essa frase funciona como “farol a guiar a recepção do trabalho”¹⁰ (p.173).

Em seguida, o texto recriado passou pela conferência das colaboradoras e validação do produto final, que é o reconhecimento do texto procedido pela autorização. Essa técnica é própria da história oral, portanto, foi feita apenas com o material empírico produzido pelas mães.

O outro grupo de colaboradores da pesquisa foram as/os enfermeiras/os que atuam na USF do município lócus do estudo. A escolha dessa categoria profissional justifica-se pelo seu papel como integrante da equipe de saúde da família no desenvolvimento de ações de promoção à saúde, com enfoque na educação em saúde, rotina comum da ESF, além de ser o profissional de saúde que mais tem contato com as mães e crianças.

Foram incluídas/os enfermeiras/os que estivessem atuando na ESF por um período mínimo de 6 meses, e excluídos os profissionais que estavam de férias ou licença no período da coleta. Assim, este grupo foi composto por 09 enfermeiras/os. O número de colaboradoras/es enfermeiras/os seguiu o critério de saturação de dados empíricos.¹³ Nesse grupo, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas, utilizando um roteiro que contemplou questões relacionadas as ações de educação e orientação em saúde acerca da amamentação continuada e desmame desenvolvidas pelos profissionais nas consultas de pré-natal, acompanhamento e desenvolvimento da criança, atividades grupais, entre outras ações possíveis de realizar na USF, as quais serão discutidas por meio dos construtos teóricos de Paulo Freire.

Além das entrevistas, foi utilizado com os dois grupos participantes da pesquisa, o caderno de campo, onde foi registrado todo tipo de observação feita a respeito do entrevistado^{12, 13}.

Para a análise do material empírico, foi empregada a técnica da Análise Textual Discursiva, que está organizada em quatro focos, apresentados a seguir: Desmontagem dos textos, que consiste na desconstrução e unitarização. Estabelecimento de relações, que é o processo de categorização, em que busca construir relações entre as unidades de base, combinando-as e classificando-as, reunindo elementos semelhantes que resultam em sistemas de categorias. Captação do novo emergente, que é a compreensão renovada do todo e por fim, o processo de auto-organização, do qual emerge novas compreensões¹⁴.

Na apresentação dos recortes das narrativas foi utilizada a letra “M” para representar as mães e letra “E” para representar as/os enfermeiras/os.

A pesquisa foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB com parecer nº 3.165.571 e CAAE nº 04191618.3.0000.0055, respeitando todos os preceitos da Resolução 466/12 e da Resolução 510/16^{15,16}.

RESULTADOS

PERFIL DAS COLABORADORAS

Participaram do estudo 12 mães, na sua maioria casadas/união estável, com idade entre 20 e 48 anos. Dona de casa, auxiliar de limpeza, advogada, professora, enfermeira, diarista, autônoma foram algumas das ocupações citadas, com renda familiar entre meio e cinco salários mínimos. O desmame das crianças ocorreu entre 1 e 4 anos de idade. Com relação às/aos enfermeiras/os, foram 07 mulheres e 02 homens, com idade entre 31 e 41 anos, com tempo de serviço entre 02 e 08 anos na ESF.

Após análise, o material deu origem a duas categorias, uma em que revela, por meio dos tons vitais, próprio da História Oral, a experiência das mães no processo de desmame do

aleitamento materno continuado e sua rede de apoio, e outra categoria mostrando a participação das/dos enfermeiras/os no que diz respeito as ações de educação em saúde durante o processo de desmame vivenciado pelas mães assistidas nas USF.

TÉCNICAS E PRÁTICAS UTILIZADAS PELAS MÃES NO PROCESSO DE DESMAME DA AMAMENTAÇÃO CONTINUADA

Foram diversas as técnicas utilizadas pelas mães para fazer o desmame do aleitamento materno continuado do filho, com destaque para o diálogo, a forma gradativa e gradual de manejar o processo, além do desmame abrupto.

Aquelas que relataram um desmame progressivo pontuaram uma experiência positiva e tranquila realizado por meio do diálogo ou introdução alimentar gradativa, a partir do 6º mês de vida da criança. Em contrapartida, as mães que relataram um desmame súbito queixaram-se de sofrimento, ansiedade e dificuldade durante o processo.

O desmame gradual

O processo de finalização do ciclo da amamentação realizado de forma gradativa foi referido por 03 (três) mães, as quais relataram a importância do diálogo com a criança, de uma adequada introdução alimentar, e do respeito ao desenvolvimento e amadurecimento da criança para um desmame mais tranquilo.

Foi bem tranquilo [...] porque fui fazendo de forma gradativa, dando alimentação diferente, ela foi se adaptando a outras comidinhas e as mamadas foram diminuindo (M2).

Ela entendeu de boa, foi ótimo! Foi tranquilo, em paz. O que tenho em mente é uma pregação de um padre, ele disse que um cachorrinho que a gente tem em casa, se a gente vai viajar, a gente tem que explicar para ele que a gente vai viajar, quanto mais uma criança, isso que tenho em mente, isso não sai de mim. E o que facilitou o desmame foi isso, o diálogo, com certeza! (M5).

A gente foi conversando e ele desmamou [...] eu pensei que seria bem mais difícil, porque eu tenho um sobrinho que desmamou com 4 anos e ele chorava muito, então eu achei que iria ser a mesma coisa, só que foi o contrário, eu fui explicando para ele, e realmente ele começou a comer mingau e não lembrava mais da mama. Eu acho que a conversa é essencial. Tem que ser bem claro para a criança, eu acho que a conversa é o princípio de tudo (M8).

O desmame súbito

Nove mães declararam uma experiência de desmame súbito, utilizando-se de técnicas e práticas tradicionais para a completa cessação da amamentação, como o uso de substâncias nos mamilos para alterar o sabor do leite e a aparência dos mamilos, como babosa, dipirona, esmalte vermelho, pó de café e esparadrapo. Além disso, algumas mães citaram a substituição da amamentação pela mamadeira e o distanciamento da criança, deixando-a com parentes por alguns dias para que ela esquecesse da mama, como demonstram os depoimentos abaixo:

Coloquei dipirona nos peitos, mas ele continuou mamando, não resolveu. Uma amiga me ensinou botar babosa e eu botei, quando botei, o bichinho provocou bastante (vômito), não quis mamar mais de jeito nenhum. Foi tiro e queda. Acho que ele pensou que o leite estava estragado (M1).

Eu coloquei adesivo, porque meu obstetra falou: “coloca *band aid* e diz que está dodói”. Dizem que não é legal fazer isso, mas eu fiz. E ele ia lá e arrancava e dizia: “não está dodói, mamãe”, puxava e mamava. Me ensinaram também dipirona, diz que é amargo, ele não vai querer, pois ele limpava e mamava. Aí eu fiquei sem opção, cada dia que passava, eu vinha piorando e tive que desistir, e tive que tomar remédio para secar o leite (M3).

Me falaram para colocar esmalte vermelho, iria deixar ele traumatizado, e ele ficou muito traumatizado, não me queria mais de jeito nenhum, ele ficou com medo, achou que (o peito) estivesse ferido e não quis mais. Ele não quis mais o peito, não quis mais saber de mim, não queria mais nada, não queria comer, não queria tomar água, ficou um tempo sem comer nada,

eu fiquei morrendo de pena [...] me rejeitou, ele me rejeitou. [...] coloquei babosa, [...] coloquei um cordão de mamona, que era para secar o leite e deixei ele com minha mãe 3 dias [...] sofreu, mas eu consegui tirar (M7).

Eu passava dipirona [...] até que me ensinaram passar babosa, e ele esqueceu, porque a babosa amarga. Eu passava no bico do peito, e ele foi deixando, pegava o peito, via amargando e chorava, quando ele vinha para pegar, que ele mamava, ele não queria porque estava amargando [...] deu até febre nele, ficava sem comer [...] passei também esmalte vermelho, ele ficou com medo [...] eu fazia essa pataguada toda, e ele esqueceu (M10).

Seis mães relataram sentimento de tristeza, ansiedade e sofrimento com a finalização da amamentação, devido ao choro inconsolável da criança, que não aceitava o desmame, e ansiava pelo aleitamento materno. Como afirmam as participantes:

As duas primeiras noites foram terríveis, porque ele chorava muito [...] foi desesperador [...] eu chorei muito, achei que não iria conseguir (M3).

Primeiro dia é difícil, primeiro e segundo dia são difíceis [...] passou dois dias sem comer nada, sem beber nada (M9).

Quando ele pedia para mamar, eu pegava e dava a mamadeira. No começo ele chorava muito, porque ele nunca foi chegado a mingau, e era mingau que eu dava, depois ele foi se acostumando. Toda vez que ele queria mamar, eu dava mamadeira, foi uma semana assim, ele pegou bem, na segunda semana ele não aceitou, e começou a chorar, eu ficava muito nervosa, porque eu ficava com muita pena dele [...] tinha dias que eu chorava, ele chorando e eu chorando, mas dava mamadeira, aí foi indo e ele deixou de mamar (M12).

Rede de apoio

Dentre as pessoas que ajudaram as mães nesse processo de desmame do aleitamento materno continuado dos seus filhos, foram sinalizados o companheiro e a mãe como rede de apoio.

Se não fosse a ajuda do marido seria bem mais difícil, porque o marido ele te dá o suporte, quando ele é presente, quando ele entende da tua necessidade de fazer o desmame [...] a presença do marido é muito importante (M3).

Foi bem difícil, eu só consegui porque tive ajuda do marido [...] meu marido foi meu porto seguro naquele momento (M4).

Deixei ele com minha mãe 3 dias, porque ele sempre foi bem apegado à minha mãe desde quando nasceu (M7).

PARTICIPAÇÃO DAS/DOS ENFERMEIRAS/OS DURANTE O PROCESSO DE DESMAME DO ALEITAMENTO MATERNO CONTINUADO

Orientações para o desmame

Das orientações das/dos enfermeiras/os para a efetivação do desmame do aleitamento materno continuado, foram sinalizadas a substituição progressiva do aleitamento por uma alimentação saudável, o uso de medicamento para secar o leite, o diálogo, além das técnicas de utilização de substâncias nos mamilos para alterar o sabor e/ou a aparência do leite e dos mamilos, como babosa, esmalte vermelho e esparadrapo. Como afirmam:

A gente dá a orientação de conversar, de falar com a criança, de já ir preparando o terreno [...] tem muita gente que fala ‘passa dipirona, passa babosa’, fica mandando passar essas coisas, eu também oriento isso, mas eu falo que a criança vai se acostumar com o gosto, então você tem que ser sincero, tem que conversar, eu sempre fui para essa linha de raciocínio que a criança ela entende o que a gente fala [...] Já orientei paciente passar esmalte vermelho e dizer que está sangrando, que está machucado, fazer curativo, eu falo tente de tudo, mas vá conversando com a criança [...] até colocar pelo eu já orientei [...] a criança vai ver cheio de pelo, vai ficar com nojo e não vai querer mais mamar. Então, tem que fazer alguma coisa para a criança entender que ela não vai poder mais mamar. Muitas conseguem com conversa, mas outras tem que partir para esses truques, digamos assim (Enf3).

Eu falo que vá aos poucos, com muito cuidado porque a criança fica agitada, muito nervosa por conta do costume, e o que eu oriento para fazer o desmame é o uso da babosa, alimentação de horários e que nessa alimentação de horário não dê o peito, não dê bico e não dê alimentação fútil [...] e se a criança não quiser, que ela não substitua, porque se substituir a criança não vai abandonar o leite materno. Mas a babosa eu acho fantástica, a maior parte delas consegue tirar com babosa, que a babosa amarga e a criança toma pavor a peito (Enf4).

A gente orienta a mãe para ir diminuindo aos poucos, para ir dando a comida ideal para a criança e ir tirando (a mama), porque chega um tempo que só o leite não sustenta, não tem tudo que a criança precisa [...] e tem aquelas que dizem que tentam tirar do peito e não conseguem, porque o bebê chora, dizem que passa dipirona no peito, passa babosa, passa tanta coisa e não consegue, aí elas vêm aqui geralmente pedindo alguma coisa para secar o leite. A gente encaminha para o médico e ele passa (medicamento para secar o leite) dependendo da idade da criança (Enf6). A gente faz a orientação básica, principalmente da oferta da alimentação saudável, dos horários para que a criança necessite cada vez menos do peito, e vá desmamando ao longo do tempo [...] mas as que nos procuram pedindo alguma orientação são poucas, elas ainda seguem alguns costumes relatados por avós, pelas mães, vizinhança, colocou isso no peito, e a criança não quis mais (Enf8).

Despreparo profissional

Seis enfermeiras/os relataram dificuldade em dar orientações adequadas sobre o desmame por conhecimento insuficiente da temática, e relatam o não recebimento de orientações de organizações nacionais e internacionais de saúde que tratam sobre o tema.

A minha experiência na atenção básica com esse processo de desmame ainda não tive, essa experiência de cursos, de capacitação, de como orientar, do manejo, então não posso falar com propriedade (Enf1).

Eu acho que faltam políticas que orientem a gente sobre o desmame, porque para o desmame mesmo tem a cabergolina, mas tem que tomar, e o bebê não pode mamar [...]. Eu acho importante que exista uma orientação melhor para a gente poder orientar as mães de forma mais respaldada (Enf 2).

[...] eu nunca nem tinha parado para pensar em falar com as mães sobre o desmame do seu filho [...] (Enf6).

DISCUSSÃO

A amamentação não é um evento com data definida para iniciar e terminar, pois não existe um momento ideal para o desmame. Esse é um processo que deve acontecer de forma gradual, sem pressa ou pressão de amigos e familiares, mas em respeito ao desenvolvimento da criança, que vai adquirindo maturidade para o completo desmame¹⁷. Corroborando com essa afirmação, o estudo de Siqueira¹⁸ revelou que as mães relacionaram o desmame à crescente autonomia e gradual independência da criança.

Na realidade do presente estudo, quatro, das doze mães participantes, revelaram ter realizado um processo de desmame gentil, por meio de uma gradativa introdução alimentar e/ou através do diálogo com a criança. Oito mães decidiram por fazer o desmame abrupto, caracterizado pela súbita cessação da amamentação, utilizando-se de técnica e práticas tradicionais como criar um gosto ruim, tornar a amamentação algo desprezível e dificultar o acesso ao seio como método para interromper a amamentação.

As técnicas mais comuns utilizadas envolviam colocar algo artificial na mama que indicasse doença ou ferimento, como esparadrapo ou curativo, esmalte vermelho para simular sangue, ou substâncias que alterassem o sabor do leite materno, como babosa, pó de café e dipirona. As estratégias de substituir a amamentação pela mamadeira e afastar-se das crianças para que elas esquecessem o leite materno também foram empregadas por algumas mães. As

mães que usaram desses métodos revelaram que seus filhos choraram veementemente, por volta de dois ou três dias, e então pararam de pedir peito.

Resultado semelhante sobre o uso de métodos tradicionais para efetivação do desmame foi encontrado em um estudo nacional e outras quatro pesquisas internacionais^{19,20,21,22,23}.

Em estudo realizado sobre as práticas de desmame de mães no leste da Turquia, apontou que mais de um terço (58%) das mães passaram molho de tomate, pimenta, babosa e sal nas mamas para criar um gosto ruim, outras (13,5%) passaram batom, esmalte, argila ou fuligem nas mamas. Tiveram ainda aquelas (26,2%) que tentaram fazer com que a criança criasse aversão à mama ao colocar cabelo, algodão e ataduras nos mamilos. Outra prática usada por 9,2% das mães para desencorajar a criança à amamentação foi o uso da chupeta ou mamadeira como substituto da amamentação²⁰.

Igualmente, em outro estudo também desenvolvido na Turquia, com o objetivo de conhecer as práticas de amamentação e desmame, mostrou que alguns dos métodos utilizados pelas mães para desmamar seus filhos foram, principalmente, passar pimenta, molho de tomate, batom, vaselina, grãos de café, mel e sal, ataduras ou cabelo em seus mamilos²¹.

Da mesma forma, pesquisa realizada nos Emirados Árabes, que tinha o objetivo de conhecer as práticas do AM, alimentação complementar e desmame, mostrou que as práticas mais comuns utilizadas pelas mães para iniciar o desmame de seus filhos foram o distanciamento físico (50%), deixando os filhos com parentes, na maioria das vezes os avós, por vários dias; 25% das mães utilizaram batom ou substância amarga nos mamilos para que a criança se incomodasse com o gosto ruim e deixasse de amamentar, e outras 25% introduziram a fórmula infantil para a criança se acostumar com essa forma de aleitamento²².

As mulheres africanas referem o uso de várias técnicas para facilitar a interrupção do aleitamento materno, tais como, separar a mãe de seus filhos, os quais são enviados para a avó por alguns dias ou alguns meses. Acredita-se que a separação ajuda a criança a esquecer a

amamentação, e poupa às mães a dificuldade de recusar o seio em meio a muito choro; contou também com a aplicação de substâncias de gosto ruim nas mamas, incluindo dipirona, pimenta, alho, ervas amargas, entre outros, para desencorajar as crianças a amamentar, além de impedir o acesso ao seio, envolvendo-os com roupas apertadas²³.

Nota-se que os métodos tradicionais realizados pelas mães deste, e de diferentes estudos, também foram motivos de orientações por alguns enfermeiros colaboradores da presente pesquisa.

No entanto, o MS orienta que se faz necessário ter cautela na realização do desmame da amamentação continuada, e não recomenda métodos que tenham como finalidade alterar o sabor do leite materno ou façam a criança rejeitar o peito, nem mesmo o curativo para parecer que a mama está ferida, além disso, desaconselha o afastamento da mãe¹. Deve-se evitar sempre que possível o desmame repentino, sem haver um planejamento, pois o desmame abrupto pode gerar insegurança e até mesmo rebeldia na criança, que pode interpretar a súbita cessação do aleitamento materno como rejeição da mãe. Na mãe, o desmame forçado pode acarretar processos inflamatórios na mama, como ingurgitamento mamário, estase do leite e mastite, e desenvolver problemas de cunho emocional e psicológico como tristeza, depressão e luto, que podem estar relacionados a perda da amamentação ou a bruscas alterações hormonais²⁴.

Nesse sentido, o MS sugere que o processo de desmame ocorra de maneira natural ou de forma gradual, com tempo e paciência. Aos poucos mãe e filho vão se preparando, limites às mamadas vão sendo gradualmente impostas a criança, até a completa cessação da amamentação, por meio de uma transição tranquila, satisfatória, menos estressante, atendendo as necessidades fisiológicas, imunológicas e psicológicas da criança, até ela estar suficientemente madura para vivenciar a experiência do desmame^{1,24}.

Não há necessidade de súbita e radical mudança da amamentação para a sua total ausência, a não ser que seja motivada em razão de uma doença ou fatalidade, pois o desmame,

se realizado de forma estável em um ambiente tranquilo, ajuda no desenvolvimento da criança. Caso contrário, pode desencadear uma série de dificuldades, entre as quais destaca-se a irritabilidade, o choro, a falta de apetite ou rejeição a qualquer alimento, além de uma criança notadamente triste²⁵.

Algumas mães do presente estudo, especialmente aquelas que fizeram um desmame abrupto, demonstraram, sobretudo, o choro e a irritabilidade da criança como principais dificuldades para realização do desmame. Igualmente, em outro estudo sobre o desmame aos dois anos, apontou que as mães tiveram dificuldade para concretizar o desmame dos filhos, que para elas foi uma experiência de grandes desafios, marcada por ansiedade, conflitos e indecisão²⁶.

O MS orienta que, em caso de dificuldades para a realização do desmame, a mãe deve procurar ajuda de profissionais de saúde¹, no entanto, os resultados desta pesquisa revelaram que a maioria das mães decidiram finalizar o ciclo da amamentação com base em suas experiências pessoais, sem, contudo, buscar ajuda de algum profissional de saúde, mesmo diante de dúvidas e dificuldades, contando apenas com o companheiro ou avó da criança como rede de apoio no processo de desmame.

Essas dificuldades apontadas por algumas mães poderiam ter sido melhor superadas através de uma rede de apoio estruturada, com envolvimento de profissionais de saúde e um atendimento sob uma perspectiva biopsicossocial²⁶.

Neste estudo, nove mães mencionaram não ter recebido qualquer orientação sobre o desmame por parte de profissionais de saúde. Das três mães que referiram ter recebido orientação, duas avaliaram as informações como adequadas, e a outra considerou inadequada, pois para ela, o profissional pareceu não ter compreendido a realidade pela qual estava vivendo e a complexidade da situação.

Corroborando com esse achado, no estudo sobre representações maternas do processo de amamentação-desmame de crianças com idade superior a dois anos, mostrou que todas as mulheres participantes referiram não ter recebido orientações dos profissionais de saúde sobre o desmame, que em nenhum momento foi falado sobre essa temática nos atendimentos¹⁹. Da mesma forma, nenhuma das 232 mães da pesquisa realizada na Turquia recebeu orientação de profissionais de saúde durante o processo de desmame²⁰.

Assim como as mães declararam não ter recebido orientações sobre o desmame por parte dos profissionais de saúde, da mesma forma, as/os enfermeiras/os colaboradoras/es desta pesquisa revelaram não estar preparados para orientar adequadamente às mães durante esse processo. Alguns referiram, o sentimento de despreparo para dar assistência às mulheres que vivenciam essa experiência de desmame, e sugeriram a necessidade de inclusão da temática nas ações de aleitamento materno na atenção primária à saúde.

A assistência do enfermeiro colabora, como fator de proteção e de conscientização para maior duração da amamentação e cuidado durante o desmame, pois é dele que se originam a maioria das orientações necessárias nos períodos de pré-natal e puerpério, nas consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, já que esse profissional é o que estabelece um maior contato com o binômio, e essa proximidade desperta a confiança para que a mãe não se sinta sozinha. Nas consultas na Unidade de Saúde da Família está a oportunidade para ocorrer a interação entre as mães e o enfermeiro, o que resultará em apoio e bons resultados na amamentação e desmame²⁷.

Um cuidado operacionalizado sob a forma de apoio e educação em saúde, que não reduza as mulheres em mamãs, mas que considere suas emoções, sofrimentos, dificuldades, necessidades e seus anseios. Uma educação que respeite os seus valores, que considere os seus saberes, que lhe permita expressar-se com liberdade, uma educação que contribua com a superação das dificuldades que, por ventura, vier a sofrer e com a transformação da sua

realidade¹⁹. Conforme propõe Paulo Freire, uma educação voltada para a conscientização, a fim de conhecer a realidade e alcançar capacidade de intervenção para mudá-la²⁸.

As ações e práticas de educação em saúde sobre o desmame, podem ocorrer estimulando nas mulheres uma consciência crítica da sua realidade de vida, fazendo-as refletir sobre seus sentimentos, anseios, dúvidas, problemas e dificuldades vivenciadas, e a partir disso, buscar formas de resolução, e de alcance de uma experiência positiva. Uma forma de educação não impositiva, mas libertadora, de empoderamento, de respeito à opinião e decisão da mulher, e estímulo ao seu protagonismo nessa relação de cuidado.

Para o desenvolvimento da educação libertadora, faz-se necessário uma prática problematizadora, tomando como base a experiência individual de cada ser, por meio do diálogo, da comunicação, da interação, da participação ativa de todos os envolvidos no contexto educativo para a construção coletiva do conhecimento^{29, 30}.

Destaca-se a ESF como uma importante ferramenta para ações de educação em saúde e promoção de uma experiência positiva no processo de desmame, uma vez que o processo de trabalho das Equipes da ESF se dá por meio do vínculo, do conhecimento da situação de saúde e necessidades da sua população adstrita. Nessa perspectiva, o conhecimento da experiência das mulheres no processo de desmame, e a construção do vínculo entre profissional de saúde e as mulheres assistidas podem facilitar a adesão da mulher ao cuidado diante das suas necessidades.

Essas ações de educação em saúde devem ocorrer durante todo o ciclo da amamentação, tanto no seu processo inicial, como também durante a finalização desse ciclo, uma vez que em qualquer fase podem surgir dúvidas, dificuldades, sentimentos diversos, de medo, angústia, incertezas, frustração, entre outros sentimentos que devem ser respeitados, avaliados e conduzidos com o devido cuidado e atenção. Assim, utilizando do conhecimento técnico-

científico, o profissional de saúde irá orientar, assistir, auxiliar, acolher, cuidar e apoiar, a partir da realidade e da experiência individual de cada mulher.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer as práticas maternas adotadas e as orientações de educação em saúde fornecidas por enfermeiras acerca do processo do desmame do aleitamento materno continuado.

A partir da análise das vivências maternas por meio da História Oral, referencial teórico metodológico adotado neste estudo, foi possível observar que as mães realizaram o desmame com base em suas percepções e experiências pessoais e decidiram finalizar a amamentação baseada em costumes e crenças, fazendo uso de métodos tradicionais, como passar substâncias de gosto ruim (remédio, pó de café, babosa) na mama, pintar os mamilos com tintura vermelha, entre outros artefatos com a finalidade de alterar a aparência da mama ou o sabor do leite e estimular a criança a rejeitar a mama e recusar à amamentação. Diante disso, aponta-se que a assistência às mulheres em aleitamento materno e desmame devem ser pensados através do viés social, histórico, cultural e subjetivo, oferecendo um suporte adequado para suprir as demandas que surgirem.

Notou-se também dificuldades das/dos enfermeiras/os em prestar uma adequada assistência às mães diante do processo de desmame, bem como de oferecer orientações qualificadas baseadas em evidências e conhecimento científico. Os profissionais que participaram desta pesquisa sentem-se despreparados, e sinalizaram pouca qualificação técnica e conhecimento para assistir as mães e orientá-las diante das demandas do processo de desmame. Nesse sentido, acabam usando de ditos populares para orientar as mães, em detrimento de dados científicos.

A qualificação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família sobre aconselhamento em aleitamento materno, incluindo aí o processo de desmame, conforme o

desejo da mãe, é imprescindível. Além disso, faz-se necessário uma maior abordagem da temática nas Políticas e Programas de Aleitamento Materno, e, por fim, faz-necessário a inclusão das práticas de educação em saúde sobre o desmame nas ações de estímulo e promoção ao aleitamento materno, pois a finalização do ciclo da amamentação deve ser estabelecido de forma a dar continuidade a boa relação entre mãe e filho, e assim garantir saúde e bem estar para ambos, além de contribuir com o desenvolvimento da criança.

São poucas as informações sobre o desmame tardio, e por vezes não são suficientes para ajudar as mães a concretizarem o desmame, conforme seu desejo. Diante disso, sugere-se que novos estudos sobre aleitamento materno continuado e desmame tardio sejam realizados e melhor investigados, pois acredita-se que existe uma lacuna em relação a pesquisas que investiguem quem são as mulheres que amamentam por mais de um ano no Brasil e quais suas experiências em relação a essa prática e os métodos de desmame. Ouvir dessas mães as estratégias utilizadas para concretização do desmame e sua experiência é fundamental para conhecer as questões culturais e subjetivas, bem como as práticas que permeiam esse processo, e assim adaptar essa realidade social às ações de educação em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*. Brasília 2019 [acesso em 20 mar 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
2. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani. ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2017[acesso em 20 mar 2020]; 51:108. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/0034-8910-rsp-S1518-7872017051000029.pdf>.

3. UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: Resultados preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil*. UFRJ: Rio de Janeiro, 2020 [acesso em 18 ago 2020]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.
4. ALMEIDA, J.A.G. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.
5. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Aleitamento Materno Continuado Versus Desmame*. Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Aleitamento Materno. Rio de Janeiro; 2017.
6. Almeida CR, Coutinho ESF, Silva DA, Oliveira ERA, Bloch KV, Viana MC. Exposição ao aleitamento materno e transtornos mentais comuns na adolescência. *Cad. Saúde Pública*. 2019. 35(5). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n5/e00093718/>. Acesso em: 29 dez 2020.
7. Mola CL, Horta BL, Gonçalves H, Quevedo LA, Pinheiro R, Gigante DP, JVS, Barros FC. Amamentação e saúde mental na idade adulta: um estudo de coorte de nascimentos no Brasil. *J Affect Disord.*, 2016. 202:115–119. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4957542/>. Acesso em: 29 dez 2020.
8. Jordon, SJ et al. Breastfeeding and Endometrial Cancer Risk: An Analysis From the Epidemiology of Endometrial Cancer Consortium. *Obstet Gynecol*. 2017. 129(6):1059-1067.
9. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. orgs. *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
10. Meihy JCSB. *Manual de História Oral*. 4 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

11. Thompson P. A voz do passado. Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
12. Alberti V. Manual de história oral. 3ª ed. São Paulo: Editora FGV; 2005.
13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde*. 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
14. Moraes R, Galiazzi M. C. *Análise textual discursiva*. 2º ed. Ijuí: Unijuí, 2011.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466*. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2012.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510*. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2016.
17. Santiago LB. (org). *Manual de aleitamento materno*. Barueri: Manole; 2013.
18. Siqueira FPC. *O significado da amamentação na construção da relação mãe e filho: um estudo interacionista simbólico*. p.142. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
19. Hames MLC. *Amarras da liberdade: representações maternas do processo de desmame de crianças com idade superior a dois anos [tese]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.
20. Bas NG, Karatay G, Arıkan D. Weaning practices of mothers in eastern Turkey. *J. Pediatr.* [Internet]. 2018. [cited 2020 Apr 26]; 94(5): 498-503. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572018000500498&lng=en.

21. Dinç A, Dombaz 'I, Dinç D. Traditional practices related to breastmilk and breastfeeding of mothers with babies of 6--18 months. *BSBD*. 2015 [cited 2020 Apr 26] ;4:125--30.16. Available from: https://www.journalagent.com/bsbd/pdfs/BSBD-40316-RESEARCH_ARTICLE-DINC.pdf.
22. Radwan H. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices of Emirati mothers in the United Arab Emirates. *BMC Public Health*. 2013 [cited 2020 Apr 26];13:171.22. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-13-171>.
23. Piwoz EG, Huffman SL, Lusk D, Zehner ER, O'Gara C. Issues, risks, and challenges of early breastfeeding cessation to reduce postnatal transmission of HIV in Africa 2001. Washington, DC, USA: *Project Academy for Educational Development*; 2001 [cited 2020 Apr 26]; 15. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/da62/aa8ffd13b771c34ca4c6b72400c9bf379a67.pdf>.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar*. 2º ed. Brasília; 2015 [acesso em 28 abr 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf.
25. Winnicott DW. *A criança e o seu mundo*. 6ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2019.
26. Souto DC. *Amamentação de crianças com idade superior a dois anos: experiências maternas* [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2015.
27. Santos EA, Santos SS, Oliveira ACC. A enfermagem e a orientação sobre aleitamento materno. *REDE* [internet]. 2019 [acesso em 28 abr 2020]; 2:40-52. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/REDE/article/viewArticle/7567>.

28. Freire P. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.
29. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
30. Freire P. *Educação como prática de liberdade*. 23ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.

5.3 MANUSCRITO 3 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE ACERCA DO DESMAME DO ALEITAMENTO MATERNO CONTINUADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.
(Artigo será submetido à Revista Interface)

**Educação em saúde acerca do desmame do aleitamento materno continuado
na estratégia saúde da família**

**Health education about weaning from continued breastfeeding in the family
health strategy**

**Educación sanitaria sobre el destete de la lactancia materna continua en la
estrategia de salud familiar**

RESUMO

O presente estudo apresenta como objetivo identificar as orientações e as ações de educação em saúde acerca do processo de amamentação continuada e desmame desenvolvidas pelas enfermeiras na Estratégia Saúde da Família. Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Jequié, Bahia, Brasil, no período de março a maio de 2019. Os depoimentos revelam não haver práticas de educação em saúde sobre o processo de desmame na USF investigada e quando essa temática é abordada, restringe-se às orientações gerais baseadas no senso comum. Os resultados mostram, portanto, a importância de aprimorar as práticas de educação permanente e educação em saúde, a fim de inserir o desmame do aleitamento materno continuado no manejo clínico e nas ações de incentivo à amamentação, visando com isso uma experiência positiva para o binômio mãe e filho, não apenas no início, mas durante e também na finalização desse ciclo. **Palavras-chave:** Amamentação; desmame; enfermagem; educação em saúde; promoção da saúde.

ABSTRACT

This study aims to identify health education guidelines and actions on the process of continuous breastfeeding and weaning developed by nurses in the Family Health Strategy. Descriptive study, qualitative approach, developed in Family Health Units (FHU) in the municipality of Jequié, Bahia, Brazil, from March to May 2019. The testimonies reveal that there are no health education practices on the weaning process in the FHU investigated and when this topic is addressed, it is restricted to general guidelines based on common sense. The results presented, therefore, the importance of improving the practices of permanent education and health education, in order to insert weaning from continued breastfeeding in clinical management and in actions to encourage breastfeeding, a complex experience that is positive for the binomial. mother and son, not only at the beginning, but during and also at the end of this cycle. **Keywords:** Breastfeeding; weaning; nursing; Health education; health promotion.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo identificar los lineamientos y acciones de educación para la salud sobre el proceso de lactancia materna continua y destete desarrollado por enfermeras en la Estrategia Salud de la Familia. Estudio descriptivo, abordaje cualitativo, desarrollado en Unidades de Salud de la Familia (UHF) en el municipio de Jequié, Bahía, Brasil, de marzo a mayo de 2019. Los testimonios revelan que no existen prácticas de educación en salud sobre el proceso de destete en el FHU investigó y cuando se aborda este tema, se limita a pautas generales basadas en el sentido común. Los resultados presentaron, por tanto, la importancia de mejorar las prácticas de educación permanente y educación para la salud, con el fin de insertar el destete de la lactancia materna continua en el manejo clínico y en las acciones de incentivo a la lactancia materna, una experiencia compleja y positiva para el binomio madre e hijo, no solo al principio, sino durante y también al final de este ciclo. **Palabras llave:** Lactancia Materna; destete; enfermería; Educación para la salud; promoción de la salud.

Introdução

A Sociedade Brasileira de Pediatria¹ e o Ministério da Saúde² destacam inúmeros benefícios do Aleitamento Materno (AM) continuado além do primeiro ano de vida para a saúde da criança e da mulher que amamenta, como por exemplo, a diminuição de morbimortalidade por doença infecciosa em crianças menores de 5 anos; redução de 25% nas chances de uma criança amamentada desenvolver sobrepeso ou obesidade na vida adulta, além de melhor desenvolvimento craniofacial, melhor desenvolvimento cognitivo e maior proteção contra doenças psíquicas. E na mulher, há fortes evidências de que o AM exerce proteção contra o desenvolvimento de diabetes tipo 2 e de câncer de mama, ovário e útero. Esses efeitos positivos são maiores quanto mais duradoura for a amamentação^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7}.

O Ministério da Saúde² reforça ainda que o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, fornecendo vitamina C, vitamina A, proteína e energia.

Estudo sobre os efeitos das intervenções nutricionais precoces no desenvolvimento de doenças atópicas em bebês e crianças apontou que quanto mais duradoura for a amamentação, maior o efeito protetor para o desenvolvimento de asma, mesmo após 5 anos de idade⁸.

Outro dado interessante foi mostrado na pesquisa realizada em Pelotas-RS, Brasil, que revelou maiores níveis de inteligência, de escolaridade e de renda na fase adulta, quanto maior for o período da amamentação na infância⁹.

Esses dados indicam a importância da manutenção da amamentação por mais de um ano de idade da criança, conforme orienta o Ministério da Saúde¹⁰. Nesse sentido, faz-se necessário incentivar práticas de educação em saúde no intuito de oferecer às mães informações claras e precisas sobre a amamentação continuada, que se prolongam além do primeiro ano de vida, seus benefícios e vantagens, além de esclarecimentos sobre o processo de desmame desse aleitamento, e assim empoderá-las no sentido de tomar decisões seguras e conscientes, partindo da premissa do que considerarem melhor para si e para seu filho.

Parte-se do pressuposto de que quando os profissionais de saúde valorizam a educação em saúde e a colocam em prática para orientar, informar e sensibilizar as mulheres sobre o processo de amamentação e desmame, elas acabam vivenciando esse processo com mais tranquilidade, acarretando em bem-estar e melhoria da qualidade na relação entre mãe e filho. Diante dessa perspectiva é que surgiu a seguinte questão de pesquisa: Como ocorrem as ações da educação em saúde sobre o processo de amamentação continuada e desmame desenvolvidas pelas/os enfermeiras/os na Estratégia Saúde da Família? Assim, este estudo teve como objetivo identificar as orientações e as ações de educação em saúde acerca do processo de amamentação continuada e desmame desenvolvidas pelas enfermeiras na Estratégia Saúde da Família.

Metodologia

Este é um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido em Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana que realizavam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças do município de Jequié, Bahia, Brasil.

Como fonte para a construção do material empírico, foram utilizados dois grupos populacionais, um formado por mães que vivenciaram o processo de amamentação continuada por 01 (um) ano ou mais e realizado desmame nos últimos quatro anos da pesquisa. O outro grupo foi composto por enfermeiras/os da Estratégia Saúde da Família (ESF). A escolha dessa categoria profissional justifica-se pelo seu papel no desenvolvimento de ações de promoção à saúde, enfocando na educação em saúde.

A Lei do exercício desse profissional regulamenta que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, realizar educação em saúde, visando a melhoria

de saúde da população¹¹. Entre outros profissionais da ESF, o enfermeiro é o que mais encontra oportunidades de contato com as mães, seja no pré-natal, nas consultas puerperais, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, havendo assim, grandes chances de realizar ações de educação em saúde sobre o processo de amamentação-desmame¹². Deste modo, foram incluídos no estudo enfermeiras/os que estivessem atuando na ESF por um período mínimo de 6 meses.

Neste estudo realizou a triangulação das narrativas provenientes da História oral das mães com as entrevistas semiestruturadas realizadas com as/os enfermeiras/os. Triangular compreende combinar e dialogar com diferentes atores, empregando uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha a pesquisa¹³.

Para a seleção das participantes desta pesquisa foram feitas visitas as USF, iniciando pelas que tinham maior número de crianças cadastradas e acompanhadas, em razão da maior possibilidade de localizar as mães que se encaixavam nos critérios de inclusão. Foi apresentado o projeto às enfermeiras, convidadas a participarem da pesquisa, e feito parceria com toda a equipe para identificação das mães elegíveis. Além disso, foi feita também busca das mães na sala de espera para vacinação ou consulta na Unidade. Foi apresentada a proposta do estudo, e a mulher convidada a participar.

O número de colaboradores seguiu o critério de saturação de dados empíricos, ou seja, quando o pesquisador alcança conhecimento suficiente para “compreender a lógica interna do grupo ou coletividade”, e o “entendimento das homogeneidades, das diversidades e da intensidade de informações necessárias para seu trabalho”^{14:197}. Assim sendo, o estudo contou com a colaboração de 12 mães e 09 enfermeiras/os.

Para se obter dados sobre a vivência das mães, utilizou-se a História Oral temática como referencial teórico-metodológico^{15, 16} por meio da técnica da entrevista em profundidade, utilizando a pergunta norteadora “Como aconteceu o processo de desmame de seu filho?” para apreender as experiências maternas acerca do processo de desmame.

Com relação as/aos enfermeiras/os, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas, utilizando um roteiro que contemplou questões relacionadas as ações de educação e orientação em saúde acerca da amamentação-desmame

desenvolvidas pelos profissionais em suas unidades. Esse instrumento buscou investigar as ações de educação em saúde nas consultas de pré-natal, de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, na sala de espera, atendimentos e conversas, grupos educativos, visitas domiciliares, entre outras atividades educativas desenvolvidas com gestantes e nutrizes. O material empírico produzido na entrevista com as enfermeiras/os foi analisado utilizando-se como referencial teórico-filosófico os construtos de Paulo Freire, com ênfase no diálogo, na problematização e contextualização.

Foi empregada a técnica da Análise Textual Discursiva, que tende a fazer interpretações na perspectiva da construção e reconstrução de significados, de compreensões sociais e culturais relativas ao fenômeno que se investiga, partindo do olhar dos sujeitos envolvidos na pesquisa¹⁷.

Para a apresentação dos recortes das narrativas foi utilizada as letras "M" para representar as mães colaboradoras e "Enf" para representar as/os enfermeiras/os, seguido do numeral ordinal.

A pesquisa somente foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB com parecer nº 3.165.571.

Resultados

Caracterização das participantes

Participaram do estudo 09 enfermeiras/os, sendo 07 mulheres e 02 homens, com idades entre 31 e 41 anos, com atuação de 02 a 08 anos na ESF. O grupo das mães foi representado por 12 mulheres com idades entre 20 e 48 anos, com renda familiar entre meio e cinco salários mínimos, que realizaram o desmame do filho entre 01 e 04 anos com idade. Nove mães são casadas/união estável; 4 possuem Ensino Fundamental; 3 possuem Ensino Médio completo e 5 Ensino Superior.

Orientação em saúde desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família

A tabela 1 mostra as circunstâncias das ações de educação em saúde sobre AMC e desmame desenvolvidas pelas enfermeiras nos diferentes espaços da ESF, seja nas consultas de pré-natal, puerperal, de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (CD), além das atividades em grupos, salas de espera,

entre tantas outras possibilidades de abordagens para a realização de ações de orientação e educação em saúde com mães. Quando questionados sobre as ações de orientação em saúde nas consultas de pré-natal, acompanhamento do CD da criança, entre outras consultas realizadas com gestantes e nutrizes, sete enfermeiras/os afirmaram fornecer orientações sobre a importância do AMC rotineiramente. No entanto, no que se refere a finalização do ciclo da amamentação, apenas um profissional informou incluir o desmame nas orientações durante as consultas individuais de rotina. Nenhum enfermeiro aborda o desmame do AMC nas práticas coletivas de educação em saúde, embora sete colaboradores informaram realizar periodicamente atividades em grupo, sala de espera, palestra, entre outras ações educativas sobre o aleitamento materno. Sete enfermeiras/os declararam orientar eventualmente a nutriz sobre o processo de desmame, todavia, essa prática somente decorre da procura das mulheres à Unidade de saúde, sendo na maioria orientações baseadas no senso comum, numa experiência pessoal e familiar, sem um adequado embasamento técnico-científico.

Nenhuma das entrevistadas/os mencionou ter participado de curso de aconselhamento em amamentação, alguns citaram participação em treinamento e oficinas pontuais sobre amamentação realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde ou pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, localizada no município lócus do estudo.

Tabela 1. Distribuição das respostas dos profissionais de saúde sobre as ações de orientação em saúde desenvolvidas na ESF.

AÇÕES DE ORIENTAÇÃO EM SAÚDE NA ESF	RESPOSTA	
	SIM	NÃO
Nas consultas de puericultura (CD) ou atendimento as nutrizes a (o) senhora (o) fala sobre o desmame?	1	8
Nas consultas de pré-natal, a (o) senhora (o) fala do AMC?	7	2
A (o) senhora (o) pergunta a nutriz sobre as dificuldades apresentadas durante o processo de desmame?	2	7

A (o) senhora (o) orienta a nutriz sobre o processo de desmame?	7	2
Alguma nutriz já lhe procurou solicitando orientações sobre o processo de desmame?	6	3
A sua equipe inclui o desmame nas práticas de educação em saúde sobre AM?	0	9

FONTE: Pesquisa de campo.

As categorias a seguir mostram por meio de uma riqueza maior de detalhes, na forma de depoimentos das/os enfermeiras/os e mães colaboradoras do estudo, a carência de ações de educação em saúde sobre AMC e desmame na ESF, bem como os entraves para a operacionalização dessa prática, com destaque para a baixa procura das mães para essa demanda nos serviços de saúde e o pouco desempenho técnico científico dos profissionais do estudo.

Ações de educação em saúde

Sete enfermeiras informaram desenvolver durante as consultas individuais ações de educação em saúde sobre o AMC na USF onde atua, no entanto, notou-se que o desmame não está incluso nessas práticas de incentivo ao aleitamento materno, e, quando ocorrem as ações de educação em saúde sobre estímulo e o manejo da amamentação, é de forma pontual e restritiva, como apontam os depoimentos abaixo:

Se ela (a mãe) estiver em aleitamento prolongado, vai ter um momento que ela precisa realizar o desmame, e a gente vai ajudar nesse processo. Mas não é algo que a gente faz na diária aqui (Enf1).

A gente sempre incentiva a amamentação, quando a mãe fala que a criança já está dependente, não está se alimentando direito por conta do peito, só quer saber de peito, aí a gente fala sobre a importância do desmame, mas assim, não é um assunto que a gente aborda em toda consulta não (Enf3).

[...] a gente pega estágio supervisionado, então sempre foca no aleitamento materno, mas no desmame, não. A gente nunca focou no desmame (Enf4).

É um assunto que a gente quase não aborda, sobre o desmame, quando é que vai tirar, se já tirou [...] a gente nunca fala em desmamar, não é rotina [...] nunca dei orientação para desmamar (Enf6).

Os resultados revelam que as ações de educação em saúde sobre o desmame do aleitamento materno continuado não fazem parte da prática clínica dos participantes deste estudo, e foi corroborado com as narrativas apresentadas pelas mães, que apontaram falta de cuidado na forma de apoio, suporte emocional e de educação em saúde por parte dos profissionais de saúde.

Eu acho que se tivesse um acompanhamento de algum profissional de saúde teria sido bem mais fácil, trabalhado meu psicológico, eu iria ser mais forte. E ter me orientado como eu deveria fazer com certeza iria me ajudar bastante (M4).

Eu nunca tive incentivo de nenhum profissional, tanto pediatra, quanto enfermeiro, nunca tive nenhum incentivo nem na amamentação, quem dirás no desmame (M7).

Nenhum profissional me falou como desmamar, mas também eu não pedir. Eu mesma, sozinha, conseguir tirar (M9).

Rede de apoio profissional

Corroborando com o depoimento da M9 (mãe 9) na categoria anterior que declara não ter buscado ajuda profissional, as/os enfermeiras/os deste estudo também relataram que as mães não procuram por orientação/assistência durante o processo de desmame.

Em nenhum momento, do período que estou aqui, elas informaram que tinham, por exemplo, mais de 1 ano amamentando e que precisariam fazer o desmame, esse episódio não aconteceu aqui ainda. Elas não procuram [...] a gente não orienta essa questão, não tem aquela coisa de aleitamento prolongado, e ela vir só por isso, para fazer o desmame (Enf1).

Sobre o desmame a gente fala muito pouco, as mulheres nunca perguntam não, uma ou outra é muito raro (Enf5).

As mães decidem desmamar por conta própria, por incrível que parece ainda tem mãe que passa pimenta no peito, passa algo que repele, ela diz que a criança vai ficar com nojo da mama por causa disso [...] as que nos procuram para pedir alguma orientação são poucas, elas ainda seguem alguns costumes relatados por avós, pelas mães, vizinhança, colocou isso no peito, e a criança não quis mais (Enf8).

Neste estudo, seis mães receberam algum tipo orientação de profissionais de saúde para a efetivação do desmame durante as consultas de rotina dos filhos.

Quando fui no pediatra, ele disse para tirar a mama por conta que a criança estava com anemia forte (M1).

Eu perguntei para a pediatra se eu poderia parar de amamentar e ela disse que pelo tempo já era suficiente, mas se eu quisesse continuar seria muito bom, que era uma coisa muito pessoal (M4).

Eu nunca tive incentivo de nenhum profissional, tanto pediatra, quanto enfermeiro [...] Todas as vezes que eu relatava com o pediatra “ah doutor, estou querendo fazer o desmame” ele dizia: “Ah, o que te impede? Ele já mamou o que tinha de mamar, pode deixar o peito. Sofre um pouquinho, mas logo ele vai se acostumar” (M6).

Apenas três mães informaram ter procurado apoio profissional para ajudá-las no processo de desmame do seu filho, duas delas declararam adequadas as informações recebidas, pois as ajudaram na concretização do desmame, enquanto que a outra mãe considerou insuficiente, pois, para ela, o profissional de saúde não levou em consideração a sua realidade.

Eu coloquei adesivo, porque meu obstetra falou: “coloca *band aid* e diz que está dodói” [...] a pediatra pediu que de início, eu começasse a desmamar aos poucos, só que foi muito traumático, porque eu precisei tomar medicação com urgência e não tive esse período realmente do desmame gradual [...] o que a pediatra me falou, eu já sabia, então não acrescentou em nada (M3).

A enfermeira me explicou como tirar ele da mama, que eu tinha que conversar com ele, explicando que já estava na hora dele largar o peito. E não passar remédio, como o povo passa (M8).

O enfermeiro me falou algumas dicas, de trocar a mama pela mamadeira, e como ele já estava se alimentando, por algum alimento [...] então foi mais fácil porque eu não tinha ideia de como começar esse desmame (M11).

As orientações consideradas adequadas pelas duas mães (M8 e M11) revelam a importância do cuidado dos profissionais de saúde para que a mãe se sinta acolhida diante do processo de desmame, que muitas vezes, pode não ser simples e fácil.

Carência de qualificação técnica

Os profissionais referem baixa qualificação técnica e pouco conhecimento científico para lidar com o processo de desmame. Declaram não receber capacitações

periódicas sobre a temática, e quando ocorre, trata-se apenas do manejo básico da amamentação sem referência a finalização desse ciclo.

A gente sabe desse aleitamento prolongado, que é necessário um certo tempo para fazer esse desmame, mas capacitadas para fazer, não somos! [...] a minha experiência na atenção básica com esse processo de desmame eu ainda não tive, essa experiência de cursos, de capacitação, de como orientar, do manejo, então não posso falar com propriedade (Enf1).

Eu acho importante que exista uma orientação melhor para a gente poder orientar as mães de forma mais respaldada (Enf2).

O treinamento falava sobre a importância do AM, mas sobre o desmame, não. Coisa interessante né? Coisa que a gente não vê. [...] não vi nada sobre o desmame na graduação e nem nas capacitações, o que tenho é experiência de parentes (Enf3).

[...] por mais que a gente ache a coisa mais boba do mundo, que se chame desmame, é o que a gente não se toca muito, não se capacita, não trabalha em cima (Enf4).

Discussão

Os depoimentos dos profissionais de saúde revelam não haver práticas de educação em saúde sobre o processo de desmame na ESF, e quando essa temática é abordada, restringe-se a orientações gerais baseadas no senso comum. Corroborando com esse achado, um estudo que trata dos discursos oficiais dos materiais educativos da atual Política Nacional de Aleitamento Materno brasileira, sinaliza que o desmame raramente é discutido como etapa da amamentação, ocorrendo, na maioria das vezes, no contexto da interrupção precoce do aleitamento. O enfoque na perspectiva intersubjetiva, com potenciais consequências físicas e emocionais, e dificuldades para o binômio, não é dado a devida atenção, e tampouco valorizado¹⁸.

Notou-se que a maioria das/dos enfermeiras/os quando dão orientações em saúde sobre o processo de desmame, reduzem-no a um desmame abrupto, com a utilização de métodos tradicionais que alteram a aparência da mama e/ou o sabor do leite materno. No entanto, o Ministério da Saúde² sugere que o fim do ciclo da amamentação seja marcado por uma experiência tranquila, satisfatória e sem estresse para a mãe e seu filho, conduzido por meio de um processo natural ou gradual, que respeite o tempo da criança até que ela apresente maturidade para ser desmamada de forma segura.

Assim sendo, compreende-se que a educação em saúde vai além de orientações básicas sobre como desmamar. Faz-se necessário um acompanhamento desse processo a partir da realidade individual de cada família, identificando a relação entre o binômio, a maturidade e desenvolvimento da criança, as necessidades e dificuldades da mãe, para então auxiliá-la no enfrentamento das questões que mais lhe trazem sofrimento e anseios, para que mãe e filho possam vivenciar uma experiência positiva de aleitamento materno e desmame. Daí a importância do fortalecimento das ações de educação em saúde sobre aleitamento materno, incluindo o desmame na ESF, pois com a educação em saúde é possível conhecer os problemas que afligem individualmente cada mãe, e também a percepção e compreensão do indivíduo sobre seus problemas e suas dificuldades.

Deste modo, as ações educativas devem ser motivadas pelo conhecimento da realidade de vida e saúde da pessoa assistida¹⁹.

A educação em saúde, por meio da contextualização da realidade, visa desenvolver no indivíduo uma consciência crítica da sua situação de vida, e o estimula a identificar as suas dificuldades e as causas dos seus problemas, e com isso, buscar coletivamente soluções para superá-los²⁰. Além da contextualização, duas outras importantes ferramentas da ES, a problematização e o diálogo, podem contribuir e ajudar a pessoa na tomada decisões²¹.

As ações problematizadoras estão conectadas a contextualização e consistem em conscientizar por meio da realidade e discutir em torno do problema apresentado pelo indivíduo, buscando caminhos e possibilidades de enfrentamento²².

Paulo Freire²¹ prevê a necessidade da problematização para uma educação libertadora, que não se limita apenas a transferência de conhecimento, mas uma participação conjunta, compartilhando saberes, em que o educando tem autonomia no processo de construção de seu conhecimento. Nesse sentido, entende-se como ineficazes na produção do conhecimento e na transformação da realidade, ações de educação em saúde do tipo palestras e orientações generalizadas, pois realizam uma prática de maneira vertical, baseada principalmente na transmissão de conhecimentos, sem diálogo, e muitas vezes fora da realidade individual²³, como percebeu-se nas falas dos entrevistados deste estudo, em que as orientações foram baseadas no compartilhamento de informações pontuais, no sentido vertical, sem, no entanto, considerar a particularidade de cada experiência materna.

As ações educativas, quando desenvolvidas de forma dialógica, possibilitam a interação entre o conhecimento popular e o científico, produz uma comunicação horizontal, e possibilitam, conseqüentemente, a transformação da realidade¹⁹. Sem diálogo, não há comunicação, e sem essa não há verdadeira educação²¹.

O diálogo está pautado na troca e na construção de saberes, sendo para Paulo Freire essencial na prática educativa, a qual não pode ser reduzida a uma simples orientação pontual ou transmissão de conhecimento, ideias e informações²¹.

Corroborando, o estudo sobre Estratégias de promoção e apoio à amamentação apontou mais empoderamento de mulheres e familiares que participavam de ações educativas dialogadas. Assim sendo, os autores destacam, baseados em Paulo Freire, que com o diálogo é possível construir um pensamento crítico capaz de incentivar o indivíduo a expressar seus sentimentos e, contribuem para que elas se sintam protagonistas no autocuidado, através da análise crítica e reflexiva de seus próprios problemas e dificuldades²⁴.

Entende-se, portanto, que a ES, se conduzida por meio dos fundamentos teóricos de Paulo Freire, com destaque para a contextualização, a problematização e o diálogo, pode ser essencial no processo de educação e transformação da realidade e, portanto, contribuir para a qualidade da assistência à mulher em processo de desmame, que se sentirá confiante e segura se bem acolhida e assistida.

No contexto do aleitamento materno, as ações educativas devem valorizar as trocas de experiências, opiniões e dúvidas das mães e sua rede de apoio, e a elas devem ser oferecidas oportunidades de serem ouvidas e de expressarem seus conhecimentos, sentimentos e vivências, enquanto que o profissional de saúde, como mediador, proporcionará à mulher condições de tornar-se agente de seu próprio cuidado, para que ela vivencie uma experiência favorável em todo o ciclo da amamentação²².

Em pesquisa sobre os significados das ações educativas de enfermagem centradas na amamentação na perspectiva das nutrizes e familiares²⁵ foi revelado que as ações educativas com enfoque no diálogo e na problematização significaram para os participantes do estudo produção e apreensão do conhecimento, cuidado, apoio e respeito aos saberes, proporcionando mais facilidade na prática da amamentação e uma experiência mais leve e tranquila.

A intervenção educativa pode resultar em impacto positivo no que se refere à expansão da amamentação²⁶, e da mesma forma quando acompanhado e conduzido

de forma adequada por meio de práticas educativas eficazes, o processo de desmame pode resultar numa experiência positiva e satisfatória.

Este estudo mostrou que foram poucas as mães que procuraram apoio profissional para a concretização do desmame, mesmo diante das dificuldades apresentadas nesse processo, não faz parte da cultura buscar ajuda profissional. Apenas 3 mães relataram que recorreram ao profissional de saúde, e duas delas sentiram-se satisfeitas, mostrando a importância desse acompanhamento com qualidade.

Nenhuma das/dos enfermeiras/os deste estudo mencionou ter participado de curso de Aconselhamento em amamentação, embora o conhecimento das técnicas de aconselhamento seja fundamental para a ampliação do aleitamento materno. O aconselhamento é uma forma de atuação do profissional, em que ele busca, por meio da escuta qualificada, compreender os sentimentos, os medos e as dúvidas da mulher, além de buscar valorizar suas queixas e entender seus limites, para então propor orientações e ajudá-la na tomada de decisão que considerar apropriada para ela e seu filho. Portanto, o aconselhamento pode contribuir para que a mãe seja acolhida, ouvida e respeitada em qualquer ciclo da amamentação²⁷.

O Ministério da Saúde sinaliza que não bastam conhecimentos básicos e habilidades em aleitamento materno, faz-se necessário também uma comunicação efetiva, e isso é possível por meio da técnica de aconselhamento em amamentação, que corroborando com os construtos de Paulo Freire, significa dialogar, escutar, entender a mãe, e oferecer subsídio de acordo com a sua realidade, vivência e singularidade para tomar decisão de forma segura^{2;13}.

A intervenção dos profissionais de saúde - especialmente do enfermeiro - que acompanham a mãe e criança durante o pré-natal e puerpério, e acompanham o crescimento e desenvolvimento da criança por no mínimo 2 anos de idade, além de orientações sobre a importância da ação de amamentar, colaboram como fatores protetores e conscientizadores para uma maior duração da amamentação²⁸.

Igualmente, o acompanhamento desse profissional de saúde durante o processo de desmame pode acarretar em uma experiência mais tranquila, menos angustiante e estressante para mãe e filho. O enfermeiro, por meio do estabelecimento do vínculo construído durante toda a assistência ao binômio mãe e filho e com o desenvolvimento de ações educação em saúde, em qualquer oportunidade de cuidado na rotina da atenção básica, tem um grande potencial de

instrumentalizar a mulher e sua rede de apoio quanto aos conhecimentos e apoios necessários para ajudar positivamente em todo o processo de amamentação e de desmame.

Assim sendo, infere-se que as ações de educação em saúde devem estar alinhadas à técnica de aconselhamento, pois com a utilização desse método, de seus conhecimentos técnicos, científicos e enfoques educativos, o enfermeiro possibilitará a promoção do aleitamento materno, sua manutenção, continuidade e finalização bem-sucedida, minimizando problemas e dificuldades relacionados a esse processo. Ressalta-se que a técnica de aconselhamento deve ser realizada de forma acolhedora e humanizada, com escuta ativa dos anseios e das experiências de cada mulher²⁹.

Destaca-se a ESF como uma importante ferramenta para ações de educação em saúde e promoção de uma experiência exitosa no processo de amamentação continuada e desmame gentil, uma vez que o processo de trabalho das Equipes da ESF se dá a partir do conhecimento da realidade e da situação de saúde e necessidades da sua população adstrita. Assim, utilizando do conhecimento técnico-científico, o profissional de saúde irá orientar, assistir, auxiliar, acolher, cuidar e apoiar, a partir da realidade e da experiência individual de cada mulher.

Conclusão

O estudo possibilitou identificar as orientações e as ações de educação em saúde acerca do processo de amamentação continuada e desmame desenvolvidas pelas enfermeiras na Estratégia Saúde da Família.

Percebeu-se que o discurso sobre o desmame é silenciado, tanto nos materiais e informes que tratam do aleitamento materno, quanto nas ações de educação em saúde. Assim sendo, os resultados desta pesquisa revelam a importância de aprimorar as práticas de educação permanente e educação em saúde, a fim de inserir o desmame do aleitamento materno continuado no manejo clínico e nas ações de incentivo à amamentação, visando com isso uma experiência positiva para o binômio, não apenas no início, mas durante e também na finalização desse ciclo.

Faz-se necessário incluir o desmame da amamentação nas ações de qualificação do processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno, visando com isso aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno, incluído o aleitamento materno exclusivo, aleitamento

materno continuado por no mínimo dois anos, bem como a finalização desse ciclo como atividade de rotina das unidades de saúde da família.

Referências

1. Sociedade Brasileira de Pediatria. Aleitamento materno continuado *versus* desmame. Guia Prático de Atualização [internet]. Rio de Janeiro, RJ: SBP. 2017 [citado 15 Jun 2020]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/04/19636c-GP-AleitMat-x-Desmame.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
3. Jordon, SJ et al. Breastfeeding and Endometrial Cancer Risk: An Analysis From the Epidemiology of Endometrial Cancer Consortium. *Obstet Gynecol.* 2017. 129(6):1059-1067.
4. Giugliani ERJ, Santos EKA dos. Amamentação exclusiva. In: Carvalho MR, Gomes, CF (Orgs) Amamentação: bases científicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
5. Giugliani ERJ, Victora C. Evidências científicas do impacto da amamentação e da amamentação exclusiva na saúde das mulheres e crianças. In: Venancio SI, Toma TS. Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: evidências científicas e experiências de implementação. São Paulo: Instituto de Saúde, 2019.
6. Almeida CR, Coutinho ESF, Silva DA, Oliveira ERA, Bloch KV, Viana MC. Exposição ao aleitamento materno e transtornos mentais comuns na adolescência. *Cad. Saúde Pública.* 2019. 35(5). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2019.v35n5/e00093718/>. Acesso em: 29 dez 2020.
7. Mola CL, Horta BL, Gonçalves H, Quevedo LA, Pinheiro R, Gigante DP, JVS, Barros FC. Amamentação e saúde mental na idade adulta: um estudo de coorte de nascimentos no Brasil. *J Affect Disord.*, 2016. 202:115–119. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4957542/>. Acesso em: 29 dez 2020.
8. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW. Committee on nutrition and section on allergy and immunology. *Pediatrics* April. 2019; 143(4)e20190281.
9. Victora CG, Horta BL, Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Rev. Lancet Glob Health.* 2015; 3:199–205.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Promoção à Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2019, 265.
11. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1986.
12. Ribeiro VM. Representações sociais de enfermeiras sobre o aleitamento materno e sua influência nas práticas educativas [Dissertação]. Jequié, Bahia: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2011.
13. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, orgs. Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 13a ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
15. Thompson P. A voz do passado. Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
16. Meihy JCSB. Manual de História Oral. 4 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
17. Moraes R, Galiazzi MC. Análise textual discursiva. 2a ed. Ijuí: Unijuí, 2011.
18. Kalil IR, Aguiar AC. Silêncios nos discursos pró-aleitamento materno: uma análise na perspectiva de gênero. Estudos Feministas. 2017; 25(2):562.
19. Hames MLC. Amarras da liberdade: representações maternas do processo de desmame de crianças com idade superior a dois anos [Tese]. Florianópolis, Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.
20. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I. Brasília: Funasa, 2007.
21. Freire, P. Pedagogia do oprimido. 17ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
22. Linhares FMP, Pontes CM, Osório MM. Construtos teóricos de Paulo Freire norteando as estratégias de promoção à amamentação. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2014; 14(4):433-439.
23. Ceccim, RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2005; 9(16):161-77. 2005.

24. Linhares FMP, Pontes CM, Osório MM. Breastfeeding promotion and support strategies based on Paulo Freire's epistemological categories. *Rev. Nutr.* 2013; 26(2):125-134.
25. Queiroz PP de, Pontes CM. Significados das ações educativas de enfermagem centradas na amamentação na perspectiva das nutrizes e familiares. *Rev. Enf. Ref.* 2012; serIII(8): 95-103.
26. Queirós MF, Almeida T, Pereira HWA, Dias D, Parente B, Falcão LMN. Intervenção educativa sobre amamentação com usuários em serviço de Atenção Secundária [internet]. In: *Proceedings do 8º Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa*. 2019. Lisboa, Portugal. 2019 [citado em 21 Jun 2020] 2:1974-1801. Disponível em: proceedings.ciaiq.org.
27. Castanhel MS, Delzivo CR, Araújo LD. Promoção do leite materno na atenção básica. Florianópolis: UFSC, 2016. 92. il. color. Série – Formação para Atenção Básica.bb
28. Santos, EA, Santos, SS, Oliveira ACC. A enfermagem e a orientação sobre aleitamento materno. *Rede.* 2019; 2:40-52.
29. Souza RMP, Alves VH, Rodrigues DP, Branco MBLR, Lopes FO, Barbosa MTRS. Nursing strategies in the clinical management of breastfeeding: a descriptive and exploratory study. *Online braz j nurs.* 2015; 14 (1):51-61.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer as vivências maternas no processo de desmame do aleitamento materno continuado. A experiência vivenciada pelas mães revela que o desmame está associado a diversos sentimentos, como o medo de perder o vínculo com a criança, o sentimento de tristeza e a sensação de culpa com a finalização do ciclo da amamentação, além de alívio, traduzido pela sensação de cansaço e fadiga pelo prolongamento desse ciclo, sendo essas algumas das razões para decisão das mães em efetivar o desmame. Além disso, são citados a influência do seu ciclo social de amigos e família, a crença da dependência emocional do filho e a recusa da criança a outros alimentos, diferente do leite materno, como outros fatores predominantes para a realização do desmame.

O choro intenso e a irritabilidade da criança são as principais dificuldades relatadas pelas mães para a realização do desmame. Em razão disso, as mães referem a necessidade de se ter controle emocional, força de vontade e paciência durante o processo de desmame.

As dificuldades levantadas pelas mães podem acarretar numa visão negativa da amamentação continuada, e descontinuidade dessa prática diante novas experiência de aleitamento materno com outros filhos, como relatado no depoimento de algumas mães. Além disso, relatos negativos podem desmotivar outras mães à amamentarem seus filhos por, no mínimo, 2 anos, como recomendam órgãos oficiais que tratam da temática. Diante disso, Políticas Públicas devem ser repensadas no sentido de melhor preparar os profissionais de saúde para serem subsídios para as mulheres durante todo o ciclo da amamentação, prestar assistência de qualidade às mães diante das dificuldades e ajudá-las a vivenciar uma experiência positiva de amamentação e desmame, não as deixando sozinhas, muitas vezes, tendo que tomar decisões precipitadas ou mesmo ríspidas, sem embasamento científico, mas fundamentadas em mitos e tabus, sem considerar as consequências para a sua saúde física e psíquica, bem como a do seu filho.

Os resultados deste estudo revelam que as mães realizam o desmame com base em suas percepções e experiências pessoais e decidem finalizar a amamentação baseada em costumes e crenças, fazendo uso de métodos tradicionais, a fim de estimular a criança a rejeitar a mama e recusar à amamentação. As técnicas mais comuns utilizadas envolvem colocar algo artificial na mama que indicasse doença ou ferimento, como esparadrapo ou curativo, esmalte vermelho para simular sangue, ou substâncias que alterassem o sabor do leite materno, como babosa, pó de café e dipirona. As estratégias de substituir a amamentação pela mamadeira e afastar-se das crianças para que elas esquecessem o leite materno também foram empregadas por algumas

mães, marcado, portanto, por um desmame abrupto. Orientações semelhantes são relatadas pelas/pelos profissionais de saúde deste estudo para efetivação do desmame do aleitamento materno continuado, com destaque para o uso de babosa, esmalte vermelho e esparadrapo, além de substituição progressiva do aleitamento por uma alimentação saudável, o uso de medicamento para secar o leite, e o diálogo.

Este estudo revela, por meio da História Oral apresentada nas vivências maternas e alinhando à literatura, os efeitos negativos do desmame súbito para a saúde mental da criança e da mãe, explanados, principalmente por sentimento de tristeza e luto pelo fim da amamentação para o binômio, podendo acarretar em consequências que a criança pode levar para toda a vida, segundo estudiosos.

Logo, defende-se a tese de que o desmame do aleitamento materno continuado deve ser planejado, efetivado de forma gradual até a completa finalização desse processo, associando ao desenvolvimento e maturidade, a construção de novas habilidades e experiências da criança, inclusive no campo alimentar. Assim sendo, informações sobre a amamentação continuada e desmame devem ser fornecidas às mães ainda durante o pré-natal, sendo necessário prepará-las para essa fase durante o acompanhamento e desenvolvimento da criança. Além disso, o profissional de saúde deve estar atento ao momento de maturidade da criança para que esse processo seja iniciado se assim for o desejo da mãe, e acompanhar durante todo o processo de desmame, orientando, ajudando e intervindo no que for necessário.

Dentre as pessoas que ajudam as mães nesse processo de desmame do aleitamento materno continuado dos seus filhos, foram sinalizados o companheiro e a mãe como rede de apoio, com pouca ou nenhuma participação de um profissional de saúde.

Os depoimentos das/dos enfermeiros/as deste estudo revelam que ações de educação em saúde sobre o processo de desmame do aleitamento materno continuado não fazem parte da rotina na ESF, e foi corroborado com as narrativas apresentadas pelas mães, que apontaram falta de cuidado na forma de apoio, suporte emocional e de educação em saúde por parte dos profissionais de saúde.

As/os profissionais relatam dificuldade em dar orientações adequadas e prestar uma adequada assistência às mães diante do processo de desmame, bem como de oferecer orientações qualificadas baseadas em evidências e conhecimento científico. Elas/Eles sentem-se despreparadas/os, e sinalizaram pouca qualificação técnica e conhecimento para assistir as mães e orientá-las diante das demandas do processo de desmame, declararam não receber capacitações periódicas sobre a temática, e quando ocorre trata-se apenas do manejo básico da

amamentação sem referência a finalização desse ciclo. Nesse sentido, acabam usando de ditos populares para orientar as mães, em detrimento de dados científicos.

Diante das experiências narradas, o estudo permite um novo olhar sobre as ações e incentivos ao aleitamento materno, uma vez que foi possível dar voz às mães que vivenciaram esse momento, bem como mostrar os significados, sentimentos e dificuldades do processo de desmame e assim possibilitar que novas estratégias de cuidado às mães e suas famílias diante do ciclo da amamentação sejam repensadas, contribuindo com a Política de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.

Foi possível ressignificar as vivências, de modo a compreender a relevância de uma maior discussão sobre a etapa do desmame do aleitamento materno continuado, e incluir essa temática nas ações de incentivo ao aleitamento materno. Desse modo, o conhecimento produzido neste estudo contribui para a reorientação, o planejamento e a implementação das práticas dos profissionais de saúde que atuam no campo da saúde pública, mais especificamente da saúde da família.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 3ª ed. São Paulo: Editora FGV; 2005.

ALENCAR, S.M.S.M. **A Política Nacional de Aleitamento Materno**. In: ISSLER, H.; colab. O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008.

ALMEIDA, C.R.; COUTINHO, E. S. F.; SILVA, D. A.; DE OLIVEIRA, E.R.A.; BLOCH, K. V.; VIANA, M. C. Exposição ao aleitamento materno e transtornos mentais comuns na adolescência. **Cad. Saúde Pública**. v. 35, n. 5. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2019.v35n5/e00093718/>. Acesso em: 29 dez 2020.

ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/en_v80n5s0a02.pdf. Acesso em: 19 out 2018.

ALMEIDA, J.A.G.de; GOMES, R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 71-76. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n3/13893.pdf>. Acesso em: 19 out 2018.

AMORIM, S. T. S. P. Aleitamento materno ou artificial: práticas ao sabor do contexto. Brasil (1960-1988). **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.16, n.2, p. 581-598, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v16n2/14.pdf>. Acesso em :19 out 2018.

BAHIA, Jequié. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. 2014.

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

BOSI, M.L.M.; MACHADO, M.T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 1, n. 1, p.1-9. 2005. Disponível em: http://www.aleitamento.com.br/upload%5Carquivos%5Carquivo1_1688.pdf. Acesso em: 19 nov. 2018.

BRASIL. **Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm. Acesso em 01 abr. 2019.

BRASIL. **LEI nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006**. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008**. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo

fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11770.htm. Acesso em: 19 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf. Acesso em: 19 nov. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013**. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2015.

BRASIL. **Decreto nº 8.552, de 3 de novembro de 2015**. Regulamenta a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, p.184. 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 10 abr. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BROWN, C.R.L. et al. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. **Can J Public Health**, v. 105, n.3, p. e179-e185, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25165836>. Acesso em: 19 nov. 2018.

BRITTON, J. R.; BRITTON, H. L.; GRONWALDT, V. Breastfeeding, sensitivity, and attachment. **Pediatrics**, Tucson, Arizona. v. 118, n.5, p. 1436–1443.2006. Disponível em: <http://www.allattamentoalseno.it/lavori/Pediatrics%202006118.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

CAMPOMORI, M. J. L. O que é avançado em cultura. In: BRANDÃO, C. A. L (Org). A república dos saberes: arte, ciência, universidade e outras fronteiras. Belo Horizonte: Ed.da UFMG, 2008. p. 73-80.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, pág. 679-84. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

CARVALHO, M.R. Manejo ampliado da amamentação/O aleitamento pela ótica da saúde coletiva. In: CARVALHO, M.R.; GOMES, C. F. **Amamentação: bases científicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 509-532.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Estabelecimentos de Saúde: Jequié. 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 05 ago. 2017.

DEMÉTRIO, F.; SILVA, M.C.M.; CHAVES-dos-SANTOS, S.M.; ASSIS, A.M.O. Sentidos atribuídos à adoção da amamentação nos dois primeiros anos de vida da criança: estudo com mulheres de dois municípios do Recôncavo da Bahia. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 26, n.1, p.5-16, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v26n1/01.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

DOWLING, S.; BROWN, A. An exploration of the experiences of mothers who breastfeed long-term: What are the issues and why does it matter? **Breastfeeding Medicine**, Bristol, Reino Unido, v.8, n. 1, p. 45-52, 2013. Disponível em: <http://eprints.uwe.ac.uk/20866>. Acesso em: 19 ago 2018.

FERNANDES, V. M. B. et al. Condutas de gestores relacionadas ao apoio ao aleitamento materno nos locais de trabalho. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300302&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 23ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

GARCIA, A.H. et al. Maternal weight status, diet, and supplement use as determinants of breastfeeding and complementary feeding: a systematic review and meta-analysis. **Rev. Nutr.**

v.74, p.490-516, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27330143>. Acesso em: 20 ago. 2018

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

GIUGLIANI, E.R.J.; SANTOS, E.K.A dos. Amamentação exclusiva. In: CARVALHO, M.R.; GOMES, C.F. (Orgs) **Amamentação: bases científicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

GIUGLIANI, E.R.J.; VICTORA, C. Evidências científicas do impacto da amamentação e da amamentação exclusiva na saúde das mulheres e crianças. In: VENANCIO, S.I.; TOMA, T.S. **Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: evidências científicas e experiências de implementação**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2019.

GOMES, J.M.F. et al. **Amamentação no Brasil: discurso científico, programas e políticas no século XX**. In: PRADO, SD., et al. orgs. Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede. Rio de Janeiro: EDUERJ. Sabor metrópole series, v. 5, p. 475-491, 2016.

GONDIM, S. M. G.; FISCHER, T. O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. **Cadernos Gestão Social**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 09-26, 2009. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/cgs/article/view/31544/pdf_1. Acesso em: 11 nov. 2018.

HAMES, M.L.C. **Amarras da liberdade: representações maternas do processo de desmame de crianças com idade superior a dois anos**. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291800>. Acesso em: 05 ago. 2017.

KALIL, I.R.; AGUIAR, A. C. Silêncios nos discursos pró-aleitamento materno: uma análise na perspectiva de gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 25, n.2, p. 562. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n2p637>. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ref/v25n2/1806-9584-ref-25-02-00637.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

KALIL, I.R.; AGUIAR, A. C. Trabalho feminino, políticas familiares e discursos pró-aleitamento materno: avanços e desafios à equidade de gênero. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 208-223, 2016. DOI: 10.1590/0103-1104201611016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0208.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

KALIL, I.R.; COSTA, M.C. Entre o direito, o dever e o risco: olhares de gênero sobre amamentação. **Revista PerCursos**. Florianópolis, v. 14, n.27, 2013. p. 07 - 32. DOI: 10.5965/1984724614272013007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5965/1984724614272013007>. Acesso em: 20 ago. 2018.

KALIL, I.R.; COSTA, M.C. “Nada mais natural que amamentar” – Discursos contemporâneos sobre aleitamento materno no Brasil. **Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**.

Rio de Janeiro, v.6, n.4, 2016. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17318>. Acesso em: 20 ago. 2018.

LINHARES, F.M.P.; PONTES, C.M.; OSÓRIO, M.M. Construtos teóricos de Paulo Freire norteando as estratégias de promoção à amamentação. **Rev. Bras. Saude mater. Infant.**, Recife, v.14, n. 4, p. 433-439, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292014000400013>

OMS. Organização Mundial da Saúde. **A duração ideal do aleitamento materno exclusivo**. Geneva: OMS, 2001.

MACEDO, I.C. Aspectos culturais na prática do aleitamento materno decorrentes da herança histórica do Brasil colônia. In: SOARES, C.; MACEDO, I.C. **Ensaio sobre Patrimônio alimentar luso-brasileiro**. Imprensa da Universidade de Coimbra; Annablume Editora. 2014.

MARQUES, E. M.; COTTA, R. M. M.; PRIORI, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 5, p. 2461-2468, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a15v16n5.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2018.

MARTÍNEZ, J.I.P.; MARQUÉS, B.P. Aspectos socioculturales de la lactancia materna en niños mayores. **Rev. Pediatr. Aten. Primária**. v.19, p. 337-44, 2017. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v19n76/1139-7632-pap-21-76-00337.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

MARTINS, E.J.; GIUGLIANI, E.R. Which women breastfeed for 2 years or more? **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. v. 88, n. 1, p. 67-73, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.2154>. Acesso em: 30 abr. 2018.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de história oral**. 4ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

MEIHY, J.C.S.B; HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar**. ed. 2ª. São Paulo: Contexto, 2013.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 13.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de.; SOUZA, E. R. de. orgs. **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MONTEIRO, J. C. S. et al. Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o aleitamento materno exclusivo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 359-367, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a20v20n2.pdf>. Acesso em 19 nov. 2018.

MOLA, C. L. de.; HORTA, B. L.; GONÇALVES, H.; QUEVEDO, L. de A.; PINHEIRO, R.; GIGANTE, D. P.; J. V. dos S.; BARROS, F.C. Amamentação e saúde mental na idade

adulta: um estudo de coorte de nascimentos no Brasil. **J Affect Disord.**, v. 202, p. 115–119. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4957542/>. Acesso em 29 dez 2020.

MORAES, J.T. et al. A percepção da nutriz frente aos fatores que levam ao desmame precoce em uma unidade básica de saúde de Divinópolis/MG. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.** v.4, n.1, p. 971-982, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/446/572>. Acesso em 19 nov. 2018.

MOURA, E. R. B. B. et al. Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revinter**, v. 8, n. 2, p. 94-116, jun. 2015. Disponível: <https://doi.org/10.22280/revintervol8ed2.203>. Acesso em: 19 abr. 2019.

MORAES, R; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. 2ª ed. Ijuí: Unijuí, 2011.

OLIVEIRA, C. S., et al. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, p. 16-23, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v36nspe/0102-6933-rngen-36-spe-0016.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2019.

PAIVA, R. VENÂNCIO, S. I. Consequências do desmame precoce. In: ISSLER, H. et al. **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas**. São Paulo: Sarvier, 2008.

PIWOZ, E. G.; HUFFMAN, S. L. The impact of marketing of breast-milk substitutes on WHO-Recommended Breastfeeding Practices. **Food and Nutrition Bulletin**, v. 36, n.4, p. 373-386, 2015. DOI: 10.1177/0379572115602174. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26314734>. Acesso em: 19 nov. 2018.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RIBEIRO, V. M. **Representações sociais de enfermeiras sobre o aleitamento materno e sua influência nas práticas educativas**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, 2011.

RODRIGUES, B.C. et al. Aleitamento materno e desmame: um olhar sobre as vivências de mães enfermeiras. **Rev. RENE**. v. 15, n.5, p. 832-841, 2014. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1802/pdf>. Acesso em: 19 abr. 2019.

RODRIGUES, N.A.; GOMES, A.C.G. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce. **Enferm. Rev.**, v. 17, n. 1, 2014. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12791>. Acesso em: 19 abr. 2019. .

ROLLINS, N. C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **The Lancet**, v. 387, p. 491–504, 2016. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01044-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01044-2/fulltext). Acesso em: 19 nov. 2019.

SANTANA, G. S. et al. Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 94, n. 2, p. 104-122. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/jped/v94n2/pt_0021-7557-jped-94-02-0104.pdf. Acesso em: 19 ago 2018.

SANTIAGO, L. B. (org). **Manual de aleitamento materno**. Barueri: Manole; 2013.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. Departamento de Nutrologia. 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Aleitamento materno continuado versus desmame**. Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Aleitamento Materno. nº 1. Rio de Janeiro, RJ: SBP. 2017. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/04/19636c-GP-AleitMat-x-Desmame.pdf. Acesso em: 10 abr. 2018.

SANTOS, E.K.A. **Legislação e Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) proteção legal à maternidade e à amamentação no Brasil**. In: Amamentação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 6/Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno. Cap. 12, p. 99-109, 2018.

SANTOS, R.G.; RÉA, M. F. Legislação de proteção à mulher que trabalha fora do lar. In: ISSLER, H.; colab. **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas**. São Paulo: Sarvier, 2008.

SILVA, A.A.M. **Amamentação: fardo ou desejo?** Estudo histórico social dos deveres e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira. 1990. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

SOUTO, D.C. **Amamentação de crianças com idade superior a dois anos: experiências maternas**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.

SOUZA. L.M.B.M.; ALMEIDA, J.A.G. **História da alimentação do lactente no Brasil: do leite fraco à biologia da excepcionalidade**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado**. Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância 2011: adolescência uma fase de oportunidades**. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf. Acesso em: 10

abr. 2018.

UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019**: Resultados preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil. UFRJ: Rio de Janeiro, 2020 [acesso em 18 ago 2020]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.

WHO. World Health Organization. **Infant and young child feeding**. Fact sheet. Atualizado em julho de 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>. Acesso em 14 ago. 2017.

WINNICOTT, D.W. **A criança e o seu mundo**. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2014. (Texto original publicado em 1982).

VICTORA, C. G. et al. “Breastfeeding in the 21st Century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect”. **The Lancet**, v. 387, p. 475-490, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26869575>. Acesso em: Acesso em 01 abr. 2019.

VICTORA, C.G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **Rev. Lancet Glob Health**, Reino Unido, v.3, p. 199–205, 2015. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(15\)70002-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(15)70002-1.pdf). Acesso em: 24 jul. 2018.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL DOUTORADO



APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA DE CESSÃO

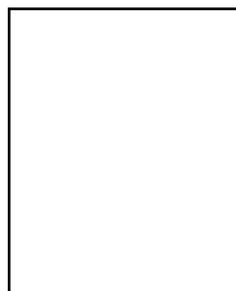
Pelo presente documento, eu, _____, estado civil, _____, profissão, _____, RG _____, declaro, para os devidos fins, que cedo e transfiro gratuitamente à doutoranda Nayara Mendes Cruz da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia os direitos autorais do depoimento oral prestado no dia _____.

A pesquisadora está autorizada a utilizar, divulgar e publicar para fins acadêmicos e científicos, o referido depoimento no todo ou em parte, editado ou não, bem como permitir a terceiros o acesso ao mesmo para fins idênticos, desde a presente data, ficando vinculado o controle à pesquisadora que tem a guarda do mesmo.

Abdicando dos meus direitos e dos meus descendentes, concordo e assino a presente carta de cessão.

Jequié-BA _____ de _____ de _____.

Assinatura da depoente





UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL DOUTORADO



APÊNDICE B- ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Grupo 1- MÃES

Data: ____/____/____

Entrevista número: _____

DADOS SÓCIOS DEMOGRÁFICOS

1. Idade: _____
2. Estado Civil: _____
3. Escolaridade: _____
4. Ocupação: _____
5. Renda: _____
6. Quantidade de filhos: _____
7. Idade do Filho: _____
8. Idade do Filho quando desmamou _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Como aconteceu o processo de desmame de seu filho?
2. Porque a senhora decidiu desmamar seu filho? Como a senhora começou esse processo?
3. Como foi sua experiência em relação ao desmame de seu filho? Foi como a senhora imaginou?
 - Quais sentimentos e significados? Cite cinco palavras que indica o sentimento que a senhora teve durante o processo de desmame.
 - A senhora sentiu facilidade ou dificuldade para o desmame?
4. A senhora teve apoio de alguém da sua família durante o processo do desmame do seu filho? Quem? Como foi esse apoio?

5. A senhora recebeu orientação de algum profissional de saúde para o desmame?
 - Se sim, qual foi o profissional? Como a senhora foi orientada?
 - Se não, o que a senhora fez? Em que fontes buscou mais informações a respeito?
 - Para a senhora, as orientações recebidas foram suficientes para a realização do desmame? Porquê?
6. A senhora teve apoio de algum profissional de saúde para o desmame?
 - Se sim, qual foi o profissional? Como foi esse apoio?
7. Com base na sua experiência com a amamentação, o que a senhora acredita que ser necessário para a mulher amamentar e desmamar o filho satisfatoriamente?
8. O que a senhora gostaria de falar sobre sua experiência? Gostaria de perguntar ou acrescentar alguma coisa?

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Grupo 2: ENFERMEIROS

Data: ____/____/____

Entrevista número: _____

DADOS SÓCIOS DEMOGRÁFICOS

1. Sexo: M () F ()
2. Idade:
3. Tempo de formação:
4. Pós-graduação:
5. Estado Civil:
6. Tempo de serviço na ESF:

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Você fez algum treinamento ou curso em amamentação-desmame?

() Nunca () Uma vez () Duas vezes () Mais de duas vezes
2. Qual a duração aproximada do maior treinamento/curso? () horas

3. Em suas consultas de pré-natal, você fala alguma vez da importância da amamentação?

- Em quase todos os encontros
- Em alguns encontros
- Muito raramente

4. Em suas consultas de puericultura ou atendimento as nutrizes, você fala sobre o desmame do aleitamento materno? Porquê?

- Em quase todos os encontros
- Em alguns encontros
- Muito raramente
- Nunca

5. Você pergunta a nutriz sobre as dificuldades apresentadas durante o processo de desmame?

- Em quase todos os encontros
- Em alguns encontros
- Muito raramente
- Nunca

- Se sim, quais as principais dificuldades são apontadas pelas mães? E quais são suas orientações acerca dessas dificuldades?

6. Você orienta a nutriz sobre o processo de desmame?

- Em quase todos os encontros
- Em alguns encontros
- Muito raramente
- Nunca

- Se sim, quais orientações?

7. Alguma nutriz já lhe procurou solicitando orientações sobre o processo de desmame?

- SIM
- NÃO

8. Como você considera a informação a ser dada para as mães sobre o processo de amamentação-desmame? Porquê?

9. A eSF prevê atividade de educação em saúde sobre o processo de amamentar e desmamar?

- Se sim, quais são essas atividades e como são feitas?



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL DOUTORADO



APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Grupo 1- MÃES

Prezada, sou Nayara Mendes Cruz e estou realizando juntamente com Ana Cristina Santos Duarte o estudo **“Finalizando o ciclo da amamentação: vivências maternas e a prática da educação em saúde no processo do desmame”**, que tem como objetivo conhecer as experiências maternas e a prática da educação em saúde no processo de desmame do aleitamento materno.

Considera-se que investigar esses aspectos é importante, pois em alguns casos, o processo de desmame pode ser difícil, cheios de dúvidas, ansiedade e medos para as mães. Portanto, acredita-se que o discurso das mães em relação à interrupção da amamentação deve ser melhor investigado para que não acarrete em prejuízos na relação mãe-bebê, alterando a qualidade da interação entre ambos. Daí a relevância da pesquisa, incluir o desmame como parte integrante das ações em saúde coletiva de incentivo a amamentação, pois acredita-se ser um processo evolutivo de mãe e filho que deve ser vivenciado com segurança, tranquilidade e bem-estar para ambos.

Os benefícios deste estudo são contribuir para um maior acesso a informação, por parte dos profissionais de saúde, e no empoderamento das mulheres, com o intuito de apoiá-las na decisão pelo aleitamento materno ou não e por quanto tempo perdurará, desatrelado de mitos e regras ditadas como preferências culturais.

Para realização do estudo serão aplicadas entrevistas com mães que amamentaram seu filho por um período igual ou maior que 1 ano de idade da criança para conhecer sua experiência, sentimentos, significados e dificuldades emergidas durante esse processo. Diante disso, convido você para participar deste estudo, e caso aceite, peço sua permissão para gravar seu depoimento, o qual será coletado de acordo com a sua disponibilidade e com a sua autorização. Informo que será assegurada a privacidade em todas as etapas desta pesquisa, além do anonimato e do sigilo sobre as informações obtidas, de modo que as entrevistadas serão identificadas através de códigos, e assim, você não será identificada em nenhuma publicação.

A sua participação nesta pesquisa não atentará contra a sua dignidade, e não ocasionará riscos ou desconfortos graves. No entanto, esclarecemos que podem surgir mínimos desconfortos, tais como: possibilidade de não entendimento quanto ao objetivo e desenvolvimento da pesquisa; desconforto físico em razão do tempo que será utilizado na entrevista, a qual estima-se que ocorrerá em trinta minutos; preocupação quanto à divulgação dos depoimentos e das informações obtidas; além de desconforto ou constrangimento para responder as perguntas, uma vez que poderão ocorrer sentimentos e sensações resgatados das experiências do processo desmame.

Contudo, tão logo sejam constatados tais desconfortos, as entrevistas poderão ser interrompidas imediatamente, e se apresentar alguma possibilidade de risco, o fato será comunicado à Comissão de Ética em Pesquisa, para avaliação de adequação ou suspensão da pesquisa. Comprometemo-nos a empregar todos os esforços na realização da pesquisa para minimizar os eventuais riscos e desconfortos que possam surgir, evitando-se qualquer prejuízo ou dano para você.

Você será esclarecida em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou não da pesquisa. A sua participação é voluntária, e você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, você tem assegurado o direito a compensação ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendida pela pesquisadora que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Caso deseje, os resultados do estudo estarão à sua disposição quando finalizados. As informações e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL DOUTORADO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Grupo 2: ENFERMEIROS

Prezada (o), sou Nayara Mendes Cruz e estou realizando juntamente com Ana Cristina Santos Duarte o estudo **“Finalizando o ciclo da amamentação: vivências maternas e a prática da educação em saúde no processo do desmame”**, que tem como objetivo conhecer as experiências maternas e a prática da educação em saúde no processo de desmame do aleitamento materno.

Considera-se que investigar esses aspectos é importante, pois em alguns casos, o processo de desmame pode ser difícil, cheios de dúvidas, ansiedade e medos para as mães. Portanto, acredita-se que o discurso das mães em relação à interrupção da amamentação e participação dos profissionais de saúde durante esse processo deve ser melhor investigado para que não acarrete em prejuízos na relação mãe-bebê, alterando a qualidade da interação entre ambos. Daí a relevância da pesquisa, incluir o desmame como parte integrante das ações em saúde coletiva de incentivo a amamentação, pois acredita-se ser um processo evolutivo de mãe e filho que deve ser vivenciado com segurança, tranquilidade e bem-estar para ambos.

Os benefícios deste estudo são contribuir para um maior acesso a informação, por parte dos profissionais de saúde, e no empoderamento das mulheres, com o intuito de apoiá-las na decisão pelo aleitamento materno ou não e por quanto tempo perdurará, desatrelado de mitos e regras ditadas como preferências culturais.

Para realização deste estudo serão aplicadas entrevistas com mães que amamentaram seu filho por um período igual ou maior que 1 ano de idade da criança e também com as (os) enfermeiras (os) da Estratégia Saúde da Família para conhecer como são feitas as atividades de educação em saúde e o cuidado à mãe que está em processo de desmame. Diante disso, convidamos você para participar deste estudo, e caso aceite, peço sua permissão para gravar seu depoimento, o qual será coletado de acordo com a sua disponibilidade e mediante a sua prévia autorização. Informo que será assegurada a privacidade em todas as etapas desta

pesquisa, além do anonimato e do sigilo sobre as informações obtidas, de modo que as (os) entrevistadas (os) serão identificadas (os) através de códigos.

O desenho do estudo proposto não ocasiona riscos ou desconfortos adicionais graves e de grande magnitude para os participantes. Neste momento inicial do estudo, o potencial de riscos para os sujeitos da pesquisa é mínimo, podendo gerar apenas desconfortos físicos em razão do tempo despendido com a entrevista, a qual estima-se que ocorrerá em vinte minutos; poderá causar constrangimento ou algum desconforto com a utilização da técnica de observação das práticas de educação em saúde, que será realizada nas unidades onde os profissionais afirmarem desempenhar tais atividades; além de preocupação quanto à divulgação das informações obtidas.

Tão logo sejam constatados tais desconfortos, as entrevistas, bem como a técnica de observação das práticas de educação em saúde poderão ser interrompidas imediatamente, e se apresentar alguma possibilidade de risco, o fato será comunicado à Comissão de Ética em Pesquisa, para avaliação de adequação ou suspensão da pesquisa. Comprometemo-nos a empregar todos os esforços na realização da pesquisa para minimizar os eventuais riscos e desconfortos que possam surgir, evitando-se qualquer prejuízo ou dano para você.

Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, você tem assegurado o direito a compensação ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Você será esclarecida (o) em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. A sua participação é voluntária, e você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendida (o) pela pesquisadora que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

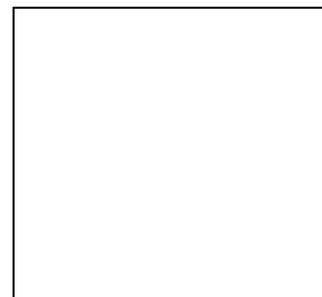
Eu, _____ fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e posso modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Jequié, ____ de _____ de 20__ .

Assinatura da participante

Impressão digital

*Nayara Mendes Cruz
Pesquisadora responsável*



Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: NAYARA MENDES CRUZ

ENDEREÇO: AV. SÃO BERNARDO, 196, SÃO LUÍS, JEQUIÉ-BA

FONE: (74) 9 9956-2373 / E-MAIL: NAYARAMENDESCRUZ@HOTMAIL.COM

CEP/UESB- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RUA JOSÉ MOREIRA SOBRINHO, S/N - UESB

JEQUIÉ (BA) - CEP: 45206-190

FONE: (73) 3528-9727 / E-MAIL: cepuesb.jq@gmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL DOUTORADO



ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA

 ESTADO DA BAHIA PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE GABINETE
<p>AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA</p> <p>Declaramos para os devidos fins, que está autorizada a pesquisadora Nayara Mendes Cruz, Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, à realização da coleta de dados necessários a serem utilizados no Projeto de Pesquisa, "FINALIZANDO O CICLO DA AMAMENTAÇÃO: VIVÊNCIAS MATERNAS E A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE DESMAME", no qual encontra-se sob a orientação da Profª. Drª. Ana Cristina Santos Duarte.</p> <p>Esta autorização está condicionada a aprovação do CEP/UESB, bem como ao cumprimento da pesquisadora total e irrestritamente aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.</p> <p>Jequié, 13 de novembro de 2016.</p> <p align="center">  Vitor Lavinsky Secretário Municipal de Saúde de Jequié Vitor Lavinsky Sec. Mun. de Saúde de Jequié Decreto nº 19.471 </p> <p align="center"> <small>Rua Laudelino Barreto, S/N - Centro, Jequié-Ba - Telef. (75) 3526-8944 Email: gabsaudejeque@bolmail.com</small> </p>

ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FINALIZANDO O CICLO DA AMAMENTAÇÃO: vivências maternas e a prática da educação em saúde no processo do desmame

Pesquisador: Nayara Mendes Cruz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04191618.3.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.165.571

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_maes.pdf	20/12/2018 12:02:22	Nayara Mendes Cruz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.pdf	20/12/2018 11:53:43	Nayara Mendes Cruz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_individual.pdf	04/12/2018 13:08:20	Nayara Mendes Cruz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_SMS.pdf	14/11/2018 23:11:13	Nayara Mendes Cruz	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	14/11/2018 23:09:58	Nayara Mendes Cruz	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	13/11/2018 11:26:32	Nayara Mendes Cruz	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DA_PESQUISA.pdf	13/11/2018 11:25:01	Nayara Mendes Cruz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Pesquisadores.pdf	13/11/2018 10:42:14	Nayara Mendes Cruz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 22 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Douglas Leonardo Gomes Filho
(Coordenador(a))