



ARTIGO ESPECIAL

Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo*Maternal allegations for weaning: qualitative study*Carmen V. Ramos¹, João A.G. Almeida²**Resumo**

Objetivo: Estudar as alegações para o desmame entre mulheres assistidas em uma maternidade Amiga da Criança, em Teresina, Piauí.

Metodologia: Adotou-se os preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa em saúde, utilizando como referencial teórico a teoria das representações sociais. Ao todo, entrevistou-se 24 mulheres que se encontravam em processo de desmame antes do 4º mês de vida do bebê.

Resultados: A análise compreensiva permitiu revelar que a tomada de decisões que leva as mulheres ao desmame se dá de maneira complexa e carregada de culpa. Dentre os motivos alegados, figuraram leite *fraco* ou *pouco*, intercorrências de mama puerperal, falta de experiência, inadequação entre as suas necessidades e as do bebê, interferências externas, trabalho, ambigüidade entre o querer/poder amamentar e entre o fardo/desejo.

Conclusões: A solidão/isolamento da mulher-mãe e a necessidade de obter apoio para a consecução dessa prática, não só por parte do serviço de saúde como também dos outros segmentos da sociedade, se fizeram presentes de forma uniforme nas entrevistas. Nesta perspectiva, vale atentar para a necessidade de reformulações do modelo assistencial ora vigente, no sentido de considerar a amamentação como um ato que precisa ser aprendido pela mulher e protegido pela sociedade.

J Pediatr (Rio J) 2003;79(5):385-90: Amamentação, desmame, mulher, relação biológico-social.

Introdução

À luz dos conhecimentos científicos atuais, o leite humano é considerado, de forma consensual, como o único alimento capaz de atender de maneira adequada a todas as peculiaridades fisiológicas do metabolismo dos lactentes¹. Além disso, há de se destacar os benefícios que a prática da

Abstract

Objective: To study the reasons for weaning given by women receiving care at a Baby-Friendly Maternity in Teresina, state of Piauí, Brazil.

Methods: The methodological principles of qualitative research were applied, supported by the social representation theory. Data were collected from 24 women who were in the process of weaning their babies before the 4th month of life.

Results: The decision-making process that leads women to wean their babies is complex and guilt-ridden. The following reasons for weaning were mentioned: having weak or little milk; puerperal problems affecting the breasts; lack of experience; disparity between the needs of the mother and the needs of the baby; external factors; work; ambiguity between wish/capacity to breastfeed and between burden/desire.

Conclusions: A sense of solitude/isolation on the part of the mother and the need for support, not only from health services, but also from other segments of society, were conveyed in all interviews. The model of health care providing should be amended so as to treat breastfeeding as an act to be learned by women and protected by society.

J Pediatr (Rio J) 2003;79(5):385-90: Breastfeeding, weaning, woman, social-biological relationship.

amamentação permite à mulher-mãe, bem como à economia para a família e a importante redução de custo para o Estado, que se vê, muitas vezes, obrigado a importar fórmulas lácteas e leite em pó para suprir as necessidades decorrentes de prática do desmame precoce.

Com base nessas perspectivas, os formuladores da política oficial em nível internacional elaboram propostas a serem implementadas nos diferentes continentes do globo, que preconizam a adoção de estratégias que favoreçam a prática da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida da criança².

1. Mestre em Saúde da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ.

2. Doutor em Saúde da Mulher e da Criança pelo Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ.

Artigo submetido em 24.03.03, aceito em 11.06.03.

No decorrer do encontro “Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global”, realizado em *Spedale Degli Innocenti*, na cidade de Florença, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF) traçaram a meta global para a década de 90, declarando que: “*Todas as mulheres devem estar habilitadas a praticar o aleitamento exclusivo, e todos os bebês devem ser amamentados exclusivamente com leite materno, desde o nascimento até os quatro a seis meses. Após esse período, as crianças devem continuar sendo amamentadas ao peito, juntamente com alimentos complementares, até os dois anos ou mais*”³.

Essas proposições estão ancoradas em uma outra questão, situada para além das vantagens que a amamentação propicia ao lactente, que, na perspectiva biológica, considera que toda mulher é capaz de produzir leite em quantidade e qualidade necessária ao desenvolvimento adequado do seu filho. Para que isso ocorra, é necessário que os níveis hormonais estejam adequados e que haja uma retirada eficiente de leite das mamas.

No intuito de reforçar ainda mais a importância do desenvolvimento de ações em favor da amamentação, as proposições trazem a relevo aspectos de interesse para a mulher, tais como a redução da hemorragia pós-parto, por intermédio da contração uterina; o aumento do espaçamento entre as gestações, desde que seja praticada a amamentação exclusiva/predominante sob livre demanda; e a diminuição da ocorrência de anemias, devido ao atraso menstrual e à redução do risco de câncer mamário e ovariano³.

Contudo, apesar de todo o esforço despendido, observou-se que o desdobramento prático do discurso oficial não assume o caráter universal implícito em suas premissas teóricas, ou seja, existe um número expressivo de mulheres que cumprem na íntegra o ritual preconizado pela política estatal, objetivando o êxito em amamentação, mas não conseguem atingir a meta estabelecida – amamentação exclusiva até o 6º mês.

De acordo com a última pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 1999, englobando todas as capitais, exceto a cidade do Rio de Janeiro, a prevalência de aleitamento materno entre as crianças com idade de 6 meses foi de 80,5%. Em 1996, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS)⁴ demonstrou ser esse índice de 59,8%; se compararmos com um outro levantamento realizado em 1989, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN)⁵, observa-se um aumento significativo. Naquela ocasião, essa taxa era de 49,9%. Segundo o Ministério da Saúde, esse crescimento, verificado durante a década de 90, se deve à intensificação das ações de incentivo à amamentação e ao aumento de investimentos nessa área⁶.

Muito embora esses números retratem avanços, revelando cenários epidemiológicos que denotam aumento da prevalência de amamentação, há que se destacar a necessidade de ampliar a compreensão acerca dos fatores determinantes que levam as mulheres e crianças a se manterem excluídas de tantos benefícios.

Há uma indagação que necessita ser respondida com uma perspectiva compreensiva: o que leva as mulheres que se submeteram à rotina assistencial, preconizada pela política estatal como base para o êxito em amamentação, a desmamarem precocemente os seus filhos?

Com o objetivo de ampliar a compreensão sobre os fatores que determinam o desmame precoce⁷ entre pacientes assistidas pela Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), optou-se por estudar as alegações maternas das mulheres que, contrariamente ao discurso da instituição, desmamaram precocemente seus filhos, antes do 4º mês de vida.

Métodos

A natureza deste objeto impôs a adoção dos preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa em saúde como concepção teórica de abordagem, na medida em que se apresenta como aquela “*que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis*”⁸. Para tanto, elegeu-se as representações sociais como princípio teórico-metodológico, entendendo-as “*como as categorias de pensamento, ação e de sentimento que expressam a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a*”⁹, ou seja, pode-se dizer que as representações sociais são a forma como os indivíduos de uma determinada sociedade, pertencentes a um determinado grupo social, expressam a sua realidade e a interpretam, dependendo do seu nível de conhecimento pautado na sua experiência do cotidiano. Sob esse prisma é que se pretendeu lançar luz às representações de amamentação das mães que integraram este estudo.

A MDER, escolhida para o desenvolvimento do estudo, é uma instituição estadual destinada à assistência de saúde da mulher, da criança e do adolescente na cidade de Teresina-Piauí. Por se tratar de um Hospital Amigo da Criança, todas as suas normas e rotinas são voltadas para o cumprimento dos 10 passos que embasam o modelo³. Do atendimento pré-natal à puericultura, fazem-se presentes ações de promoção, proteção e apoio à amamentação¹⁰. Em atenção a essa diretriz institucional, as mulheres que iniciam o desmame antes do 4º mês de vida dos seus filhos são encaminhadas pelo serviço de pediatria para o consultório de acompanhamento nutricional. No consultório, as mães são assistidas com o objetivo de retomar a prática da amamentação exclusiva, ou, quando essa não é possível, recebem orientação alimentar adequada à idade da criança. Partindo do pressuposto de que o desmame precoce ancora na dificuldade do modelo assistencial em lidar com as questões socioculturais que permeiam a amamentação, optou-se por entrevistar mulheres assistidas na MDER que freqüentaram pelo menos seis consultas durante o acompanhamento pré-natal, tiveram gestação a termo, fizeram o acompanhamento dos seus filhos no serviço de puericultura e que iniciaram o processo de desmame antes do 4º de mês de vida do bebê.

No que tange à amostragem, dada a natureza do estudo, a preocupação ficou centrada no aprofundamento e abrangência da compreensão acerca do objeto, entendendo como o número adequado de entrevistas aquele capaz de refletir a totalidade nas suas dimensões⁹. Assim, observando o critério de saturação, entrevistou-se 24 mulheres, número que retrata o momento em que observou-se o esgotamento das categorias nas falas das entrevistadas.

A participação das mulheres no estudo se deu de forma voluntária, mediante o seu consentimento e aprovação. O protocolo foi aprovado pelo comitê de ética do Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ¹¹. As entrevistas foram conduzidas com o auxílio de um roteiro temático, sem, contudo, cercear a fala do entrevistado. No que diz respeito especificamente à amamentação, o roteiro contemplou: o que é; por quê; experiências anteriores; experiência com o filho atual; dificuldades vivenciadas; como foi a gestação e o parto; mitos e tabus; família, vizinhos e parentes; tempo necessário; relação entre o querer/poder, fardo/desejo, opção/imposição; uso de outros alimentos, inclusive água, chás e sucos; trabalho materno; e organização do cotidiano. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

Para a análise do depoimento das mães, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Do ponto de vista operacional, essa técnica “*parte de uma leitura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos*”⁹. Vale destacar que trata-se de uma metodologia particularmente adequada para a verificação de hipóteses ou questões formuladas, como também para confirmar ou não as afirmações estabelecidas no trabalho de campo¹².

Resultados e discussão

A análise compreensiva permitiu localizar na fala das entrevistadas a figura do *leite fraco*, *pouco leite* e *leite secou*, associado ao choro e à fome do bebê, como verdadeiros condicionantes para o curso da amamentação:

“... mamou até quase 6 meses porque secaram, aí eu não dei mais não, eu tava dando mingau porque o leite era pouco [...] ela chupava e chupava e chorava, tinha hora que ela chupava, se danava e gritava chorando...”

“... o meu leite é pouco, se eu não botar ele pra sugar bastante, aí é que não vai ter mesmo [...] vez em quando ele mamando, porque o leite é pouquinho, aí é que seca mesmo.”

“... eu chorava muito porque eu não tinha muito leite pra dar pra ele [...] nem aquela água não saía [...] quando ele acordou foi com a fome danada [...] ele não me deixou dormir de jeito nenhum porque eu não tinha leite...”

“... eu não tenho mais nem leite, não tenho leite de jeito nenhum[...]ela suga assim e eu acho que nem sai nada [...] os peitos tão seco.”

“... ele mamava bem, mas aí com pouco tempo ele já tava chorando, aí novamente eu dava, ele chorava [...] eu achando que era fome [...] aí eu peguei e fiquei assim em dúvida, meu Deus o que será, será que realmente não existe leite fraco? Eu fiquei assim na dúvida, até hoje eu ainda tenho até essa dúvida. [...] eu acho que o leite às vezes é fraco, eu acredito que sim, porque ele chorava muito, e a partir do momento que eu passei a dar o leite, ele diminuiu mais né, o choro, ele passou a dormir melhor...”

Almeida¹, ao trabalhar com questões relacionadas ao desmame, destaca que o *leite fraco* é uma das construções sociais mais utilizadas como modelo explicativo para o abandono da amamentação. Inúmeros outros estudos, realizados em diferentes momentos históricos, apontam na mesma direção¹³⁻¹⁷. Nessa perspectiva, dois aspectos merecem destaque. O primeiro diz respeito ao fato de mulheres de várias culturas verbalizarem o *leite fraco* como razão para o desmame¹⁸, e o segundo que, do ponto de vista biológico, não existe *leite fraco* e que são raras as intercorrências que impossibilitam a amamentação¹⁹. A utilização do *leite fraco* como alegação para o desmame tem uma secularidade, que se funda no movimento higienista do século XIX, o qual promove a amamentação por meio de ações que buscam responsabilizar a mulher pela saúde do filho e culpabilizá-la pelo desmame¹. Esse tipo de alegação verbalizado pelas mulheres está impregnado de um pedido de ajuda latente frente às dificuldades vivenciadas no transcurso da amamentação, às quais elas não conseguem ou não sabem como se portar^{20,21}.

As intercorrências de mama puerperal surgiram como o segundo fator interveniente no curso da lactação, em ordem de importância, considerando frequência e a ênfase nas falas como critérios classificatórios: “*Sei que ele mamou tanto que feriu e hoje eu vou fazer o quê, vou fazer dois meses no dia 24 e ainda tão ferido ainda meus seios*”; “... parece que meus seios ficavam cheinho né, empedravam, aí eu não aguentava, ficava com os peitos desse tamanho (risos)”; ... *no dia que ela nasceu à noite o meu peito já feriu [...] depois do sofrimento do parto, pro sofrimento da amamentação né [...] com 7 dias, 8 dias mais ou menos, eu não aguentava amamentar...*”; “...*aí tive problema dessa mama aqui, é porque ela é diferente da outra, é dura, o peito é pra dentro e é dura, aí machucava a boca dele e feria o peito [...] meu peito não aguentava, feria que sangrava...*”. Todos esses problemas são perfeitamente evitáveis com a adoção de medidas profiláticas no curso do ciclo gravídico-puerperal¹⁹. A falta de orientação e de apoio determina na mulher um sofrimento físico que poderia ser evitado com medidas preventivas ou curativas²². Assim, há de se considerar, com a devida importância, que as ações assistenciais contempladas pelas normas e rotinas, ora em vigor, não são capazes de responder de forma universalizada às necessidades das pacientes tal qual se supõe; devendo ser, portanto, revistas, dando ênfase às necessidades diferenciadas que se alicerçam na dimensão subjetiva da mulher.

Outro aspecto que mereceu destaque no discurso das mulheres foi a banalização do seu sofrimento pela equipe de saúde: “...as enfermeiras falavam – não dói mesmo, no começo vai doer [...] mas com a continuação vai diminuir as dores [...]. Tentei fazer assim o máximo né, aguentar aquelas dores, mas só eu sabia...”. A insensibilidade do profissional de saúde frente à dor da paciente se consubstancia na visão que sacraliza a maternidade como um ato de doação da mulher em troca do amor do filho e do reconhecimento da sociedade²³. Essa postura impermeável e verticalizada, tipicamente higienista²⁴, não possibilitou o apoio necessário à mulher e se configurou num dos fatores de desmame detectados. Araújo²² evidenciou a mesma constatação, em seu estudo, e a forma como a falta de consideração ao sentimento das mulheres, por parte dos profissionais de saúde que as assistem, contribui para o abandono da amamentação.

A experiência do ser mãe foi muito valorizada nas falas das entrevistadas: “... eu não tinha muita experiência, eu não sabia, meu primeiro filho...”; “... tive dificuldades por que não tinha experiência...”; “No começo foi muito difícil para ele pegar, eu também não sabia, não tinha experiência como dar o peito a ele”. Esses relatos coincidem com o disposto na literatura, que considera a falta de experiência como um fator de risco para o desmame precoce. Atento a esta questão, o Ministério da Saúde alerta para o risco de desmame precoce entre as primíparas²⁵ e enfatiza, nos manuais de treinamento da IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança), a necessária atenção a ser dispensada às mulheres que se enquadram nessa categoria³.

O modelo assistencial, ora praticado, se mostra eficaz na detecção do risco, mas apresenta uma baixa resolutividade em lidar com o mesmo. Como as próprias falas revelaram, a falta de experiência anterior pode ser compensada mediante uma estrutura que apóie a mulher, dando-lhe voz e compreendendo as suas demandas individuais frente à amamentação. O equívoco está em considerar que, por serem primíparas, todas aspirem ao mesmo tipo de ajuda e que esta se resolva mediante o repasse de informações – “... apesar de eu ter recebido muitas informações aqui na MDER, mesmo assim a primeira filha eu tive muitas dificuldades...”. Katz²⁶ coloca a amamentação como um processo que precisa ser aprendido e reaprendido pela mulher.

O exercício da maternidade, em especial no que tange à amamentação, se revelou como um fardo em consequência dos múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe: “... é eu tenho que fazer comida, tem que lavar uma roupa, porque ela faz muito xixi na gente e toda hora tem que trocar roupa...”; “A gente não pode ficar o tempo todo só com ela, a gente tem outras coisas pra fazer...”; “...a pessoa tá fazendo uma coisa e tendo de largar o serviço para dar de mamar”. A fadiga da mãe, a falta de auxílio externo e a perda de liberdade, bem como a sobrecarga que a amamentação representa, são causas comumente apresentadas para justificar o desmame²⁷. Nesse sentido, Silva²¹

ênfatiza a importância da influência exercida por familiares, amigos e profissionais que convivem de alguma forma com a nutriz, muito embora eles nem sempre estejam preparados para tornar a amamentação menos conflituosa. Daí a necessidade de tornar esses mecanismos de apoio mais eficientes.

A inadequação entre as necessidades da mãe e do filho muitas vezes leva a mulher a subestimar suas próprias necessidades de uma maneira desproporcionada, fato esse também evidenciado por Nakano¹⁷: “... às vezes eu vou tomar banho só de noite [...] lavar o cabelo nem pensar, é muito difícil [...]. As meninas falam assim: tu mudou tanto, se arrumava tanto, tu não faz mais as unhas. Minha amiga, eu não tenho tempo pra isso não, no lugar disso, eu tou cuidando de menino [...] eu tenho que ajudar a mamãe, eu tenho que botar as fraldas de molho [...] ele me acorda quatro e pouco, aí já não tenho mais sono...”. O estresse e a carga de trabalho revelados na fala das mulheres, somados à angústia e à depressão, se relacionam com a baixa produção de leite, uma vez que culminam com a síntese de peptídeos supressores nas células alveolares da glândula mamária que impedem o processo de síntese¹. O estado emocional da mulher interfere ainda na ação da prolactina e ocitocina, como que contribuindo para “esconder o leite”, que volta a “aparecer” após afastada a causa do estresse²⁸.

As mulheres revelaram receber dois tipos de interferências externas. Uma diz respeito ao apoio e suporte necessário à amamentação: “Só a ajuda de mãe mesmo. Foi muito importante, ela passou um mês comigo, lá cuidando de mim”; “A mãe tem que ter vontade, ela tem que ser orientada, ela tem que ter apoio em casa...”; se não fosse assim, dizendo pra mim, não tira o peito, não tira, não dar mamadeira”. A outra, ao contrário, contribui para o desmame precoce: “Eu procurei fazer logo o que minha mãe tinha dito e o mingau foi a melhor solução...”; “...a minha vó e a minha tia mandou dar o leite porque ela não tava satisfeita [...] meu leite não sustentava...”; “...falavam que era pra eu comprar o leite e complementar o leite do peito né...”. Dessa forma, a mulher se sente compelida a aceitar a intervenção de familiares e amigos, e toma decisões baseadas nas constantes interações que faz com seu meio relacional. Sob esse aspecto, Araújo²² refere que as opiniões e interferências externas contribuem para o “sucesso”, ou não, da amamentação. A autora observou, no seu estudo, que as mulheres que amamentavam por um maior período de tempo ou que tivessem experiência positiva consideraram a participação da mãe e do marido importante no processo.

A insegurança materna frente ao choro do filho se apresentou como elemento desencadeador do desmame: “... a barriga do bebê enche, fica cheia, você nota, mas ele chora...”; “... o bebezinho chora a noite todinha [...] chora é com fome...”. O choro foi invariavelmente associado à fome do bebê e, por consequência, a problemas relacionados à produção insuficiente de leite ou ao fato desse ser fraco. Essa concepção, apesar de freqüente e fortemente

sustentada pela cultura, não encontra fundamentação na dimensão biológica¹⁹.

Outro elemento que mereceu destaque nas falas foi o confronto entre os referenciais ofertados pela MDER e os que compõem a sua matriz vivencial: “... a minha irmã falou: — não é melhor dar o leite pra esse menino, esse menino chora é com fome; eu disse: — acho que não, que a doutora falou que não existe leite fraco...”, “Falamos muito, um diz uma coisa, outro diz outra, a gente não sabe o que faz [...] ninguém sabe o que vai ouvir, se o médico ou se as pessoas...”. Assim sendo, mais do que indecisas, as mulheres revelaram sofrer diante das contradições, especialmente quando pesa sobre elas a decisão de continuar amamentando ou não.

O trabalho foi revelado como elemento dificultador ou impeditivo para a amamentação. As mulheres demonstraram uma grande dificuldade em conciliar as múltiplas atribuições, o que transformou, inclusive, em motivo de angústia e preocupação, sentimentos esses que impactam negativamente na fisiologia da lactação¹: “... se eu não trabalhasse, eu daria o peito pra ele até quando ele não quisesse mais...”; “... eu tou trabalhando e estudando, aí não tou tendo tempo pra ela, aí eu fico preocupada...”. A inadequação dos equipamentos sociais de apoio à mãe trabalhadora induz à interrupção da amamentação de forma precoce²⁷.

A amamentação foi uma prática nem sempre traduzida de forma positiva e que, muitas vezes, despertou, na mulher, sentimentos ambíguos e contraditórios: “Eu sentia uma tristeza muito grande porque meu desejo foi poder amamentar, mas...”; “Eu acho importante, se eu pudesse eu daria o peito...”; “... a gente acha ruim porque incomoda o sono da gente, mas por outro lado, a gente sente bem...”. Nessa mesma perspectiva, Silva²³ ressalta, em seu estudo, que a amamentação é vivida como um fardo obrigatório e um desejo prazeroso, podendo esses sentimentos se darem de forma simultânea ou alternada.

As mudanças ocorridas na vida da mulher também mereceram destaque como um dos principais entraves para continuidade da amamentação: “... tenho que dedicar todo o meu tempo pra ele e não sobra tempo pra nada...”. Os sentimentos de dependência da criança terminam por gerar limitações e interferências significativas na vida da mulher, o que muitas vezes implicou em sentimentos de desmotivação e contrariedade, traduzidos como impaciência, nervosismo, irritação e raiva, manifestados invariavelmente nos momentos de maior solicitação da criança.

A vergonha de amamentar em público, sentimentos ambivalentes em relação à dupla função exercida pela mama, a maternidade na adolescência, mamoplastia e tabus figuraram com menor frequência e importância na fala das mulheres como fatores impeditivos para a amamentação.

Em termos de duração, a maioria das mães referiu-se ao período de 6 meses como o ideal; não reconhecendo a recomendação oficial – amamentação exclusiva por 6 me-

ses e complementada por 2 anos ou mais²⁹. Parte dessa confusão conceitual pode estar relacionada à difusão de informação por meio das campanhas e dos serviços de saúde, que terminam por evidenciar o período de 6 meses sem a devida ênfase no caráter exclusivo da amamentação.

A concepção de amamentação revelada pelas mulheres oscilou entre a preocupação exclusiva com o bem-estar e a saúde da criança – “É bom amamentar porque a criança cresce sadia...” – e a maior prova de amor que uma mãe pode dar a um filho: “...amamentar é a maior prova de amor que uma mãe pode dar a um filho, a maior prova de amor que a mãe pode dar a um filho não é sentir dor de parir não, aquilo você deve sentir mesmo, é o jeito, não é o amor ao filho de parir não, agora a maior prova de amor que uma mãe pode dar a um filho é amamentar.”

As dificuldades vivenciadas pelas mulheres no curso da amamentação levaram-nas a promoverem avaliações constantes acerca desse ato, tanto em relação à criança quanto a si mesmas. Com base nos referenciais que dispõem, elas estabelecem juízo de valor e decidem sobre os rumos a seguir. No entanto, foi possível evidenciar que essa tomada de decisão é algo complexo e invariavelmente carregado de culpa, sentimento que, por sua vez, se origina no modelo assistencial em amamentação ora vigente. As práticas assistenciais buscam modular o comportamento da mulher em favor da amamentação, responsabilizando-as pela saúde dos seus filhos. Essa tendência, de raízes higienistas, mais do que responsabilizar, culpabiliza a mulher pelo fracasso, ou seja, pelo desmame precoce, ao mesmo tempo em que é incapaz de compreender as necessidades e promover o apoio.

Apesar das diferentes alegações apresentadas pelas mulheres – leite fraco; intercorrências de mama puerperal; falta de experiência materna; fardo ocasionado pela amamentação frente às atividades desempenhadas cotidianamente; inadequação entre suas necessidades e as da criança; interferências externas de familiares, amigos e demais interações; trabalho materno; ambigüidade entre o querer e o poder amamentar, entre outras – duas questões sempre estiveram presentes em todos os momentos das entrevistas: a solidão/ isolamento da mulher-mãe e a necessidade de obter apoio para a consecução da amamentação. O apoio, referido pela mulher a todo instante, não foi explicitado como algo exclusivo do setor saúde, mas como uma ação a ser desenvolvida em favor da amamentação, que deveria se fazer presente nos demais segmentos, do núcleo familiar aos aparelhos sociais de suporte à maternidade, por conseguinte, ao ato de amamentar.

As ações de saúde pública para promoção, proteção e apoio à amamentação, desenvolvidas sobretudo na última década, notadamente a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), contribuíram para melhorar os índices de aleitamento materno neste período. O mesmo não pode ser dito com relação às taxas de amamentação exclusiva, que permanecem ainda baixas, com mediana de 33,7 dias, quando o preconizado é de 180 dias³⁰. Nessa perspectiva, há de se

propor ajustes no modelo ora vigente, privilegiando ações que contemplem a introdução de novos valores culturais em favor da amamentação, valores esses que considerem-na como um ato que precisa ser aprendido pela mulher e protegido pela sociedade.

Referências bibliográficas

1. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido de natureza e cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno - uma declaração conjunta da OMS/ UNICEF. Genebra: OMS; 1989.
3. Organização Mundial de Saúde (OMS). Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Manual Técnico. Manejo e promoção do aleitamento materno num Hospital Amigo da Criança – curso de 18 horas para equipes de maternidades. Genebra: OMS/ UNICEF; 1993.
4. Monteiro CA. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. Caderno de Políticas Sociais 1996;1:1-17.
5. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), Fundação Brasileira de Geografia e Estatística (FIBGE), Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (IPEA). Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – Resultados preliminares. Brasília: INAN/ FIBGE/ IPEA; 1990.
6. Ministério da Saúde (MS). Informe Saúde 2000;69:1-2. Brasília: MS; 2000.
7. Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Human Milk in the Modern World. Oxford: Oxford University Press; 1979.
8. Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método, criatividade. 21ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1994. p. 9-29.
9. Minayo MCS. Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 1992.
10. Sousa LMBM. Promoção, proteção, apoio: apoio? Representações sociais em aleitamento materno [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ; 1996.
11. Ministério da Saúde (MS). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998.
12. Gomes R. A análise dos dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1994. p. 67-80.
13. Alvim EF. Estudo sobre o desmame precoce. *Rev Bras de Enfermagem* 1964;5:239-60.
14. Ricco RG. Estudo sobre o aleitamento materno em Ribeirão Preto [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1975.
15. Villa TCS. Aleitamento natural e o Programa de Suplementação Alimentar em Centro de Saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
16. D'Ávila EM. Aleitamento natural em um Centro Municipal de Saúde. *Revista de Nutrição* 1986;5:157-70.
17. Nakano MS. O aleitamento no cotidiano feminino [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1996.
18. Cukier R. Duas abordagens para o estudo das razões do desmame. In: Berquó ES, organizadora. Caracterização e Determinantes do Aleitamento Materno na Grande São Paulo e na Grande Recife. São Paulo: CEBRAP; 1984. p. 42-61.
19. Vinha VHP. O Livro da Amamentação. São Paulo: C. L. R. Balieiro; 1999.
20. Almeida JAG, Gomes R. Amamentação: um híbrido de natureza e cultura. *Rev Latino-Am Enfermagem* 1998;6(3):71-5.
21. Silva IA. Construindo perspectivas sobre a assistência em amamentação – um processo interacional [tese livre docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.
22. Araújo LDS. Querer/poder amamentar: uma questão de representação? Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 1997.
23. Silva AAM. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade Brasileira [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1990.
24. Almeida JAG. Leite fraco: um problema de mama ou da cultura. *Masto Magazine* 1998;2:2.
25. Ministério da Saúde (MS). O aleitamento materno e o município. Brasília: PNAM/ INAN; 1995.
26. Katz RA. Adolescentes e maternidade: um destino, um problema, uma escolha? [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ; 1999.
27. Adesse L. Amamentação: um ato contraditório [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ; 1994.
28. Lana APB. O livro de estímulo à amamentação – uma visão biológica, fisiológica e psicológica – comportamental da amamentação. Belo Horizonte (MG): Atheneu; 2001.
29. Ministério da Saúde (MS). Manual de aleitamento materno - normas técnicas. Brasília: Coordenação Materno-Infantil, MS; 1997.
30. Ministério da Saúde (MS). Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal – Relatório Final. Brasília: MS; 2000.

Endereço para correspondência:

Dra. Carmen V. Ramos

Condomínio Verde te Quero Verde - Bl. 19 - Ap. 302

Bairro Santa Luzia – CEP 64022-000 – Teresina – PI

Tel.: (86) 217.0614

E-mail: carmenutri@bol.com.br