

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JANINE MARTINS DA SILVA

Rede de apoio e expectativas maternas para o aleitamento

Maceió
2020

JANINE MARTINS DA SILVA

Rede de apoio e expectativas maternas para o aleitamento

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Msc. Maria Elisângela Torres de Lima Sanches.

Maceió

2020

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

S586r Silva, Janine Martins da.
Rede de apoio e expectativas maternas para o aleitamento / Janine Martins da Silva. – 2020.
68 f. : il., tabs.

Orientadora: Maria Elisângela Torres de Lima Sanches.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) –
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2020.

Bibliografia: f. 53-60.
Apêndices: f. 61-64.
Anexos: f. 65-68.

1. Leite materno. 2. Amamentação. 3. Puerpério. I. Título.

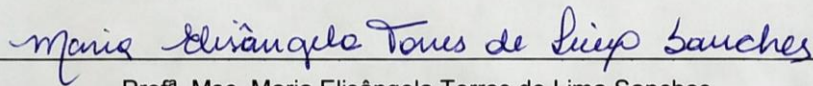
CDU: 613.953

Folha de Aprovação

JANINE MARTINS DA SILVA

Rede de apoio e expectativas maternas para o aleitamento

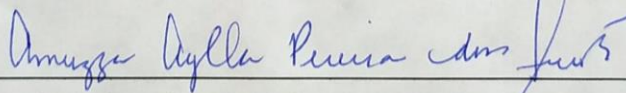
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.



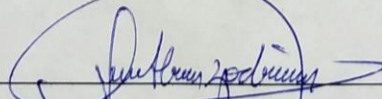
Profª. Msc. Maria Elisângela Torres de Lima Sanches

Orientadora

Banca Examinadora:



Profa. Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos



Profa. Msc. Sueli Teresinha Cruz Rodrigues

Aprovado em: 05 de fevereiro de 2020

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de minha fé e existência, por ter me guiado e me fortalecido a cada dia, mesmo quando não acreditei que conseguiria. A Ele toda honra e toda glória.

Aos meus pais, Maria e Josivaldo, por todo apoio, incentivo e amor. Por sempre acreditarem no meu potencial, priorizando os meus sonhos, ressaltando que a educação é o principal legado que se deve deixar para os filhos.

Aos meus irmãos, Rodrigo e Isaelly, por entenderem os momentos de dificuldade e por estarem ao meu lado em todos os momentos, me incentivado e aplaudindo minhas vitórias.

Aos meus familiares, em especial meus avós maternos, Gerusa (em memória) e Izael (em memória) e avós paternos, Marlene e José Odilon (em memória), por me inspirarem com suas histórias de superação das dificuldades e amor pela família.

Ao meu amigo e namorado, Daniel, por me apoiar e permanecer ao meu lado desde o início dessa jornada, por todo companheirismo, amor e por sempre acreditar no meu potencial, incentivando-me a alcançar todos os meus sonhos.

Agradeço aos meus companheiros de graduação, principalmente Deborah, Guilherme e Dayane, por toda amizade e incentivo, apesar das inúmeras dificuldades que encontramos no decorrer dessa caminhada.

Agradeço a minha orientadora, Elisângela, pelos auxílios e atenção dedicada. Muito obrigada!

Por fim, agradeço a todo o corpo docente da Escola de Enfermagem, Hospital Universitário Professor Alberto Antunes e a Universidade Federal de Alagoas por todas as oportunidades e experiências insubstituíveis. Muito obrigada!

RESUMO

O leite materno constitui-se como um alimento natural responsável pelo fornecimento de todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento saudável do lactente, impactando diretamente na redução da morbimortalidade infantil. É imprescindível o incentivo ao aleitamento materno (AM), principalmente durante as consultas de pré-natal. Este trabalho tem como objetivo identificar os fatores que influenciam na prática do aleitamento materno na visão da puérpera. Estudo qualitativo, do tipo narrativa de vida, com 30 puérperas do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, durante novembro e dezembro de 2019. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, parecer de nº 3.692.373 e CAAE 19386019.6.0000.5013. Coleta de dados através de entrevista com roteiro semiestruturado e análise por meio da proposta operativa de análise temática de Minayo, onde emergiram 4 categorias: influências do planejamento da gestação e rede de apoio; influências da assistência pré-natal e dos profissionais no aleitamento materno; expectativas maternas e conhecimento sobre a amamentação; a importância da amamentação na visão materna. Os resultados mostraram que a maioria das participantes apresentou mais de 24 anos de idade e a união estável foi o estado civil mais prevalente. Quanto o grau de escolaridade, o ensino médio completo contemplou a maior parte das participantes. A cesariana foi o tipo de parto que mais se destacou. Em relação aos antecedentes obstétricos, a maioria das entrevistadas teve três ou mais gestações. O início do acompanhamento pré-natal ocorreu no primeiro trimestre para a maior parte das participantes. A faixa etária, grau de escolaridade, estado civil, primiparidade e acompanhamento através de consultas pré-natais são fatores que podem interferir, principalmente, na continuidade do AM. Todas as participantes afirmaram receber apoio familiar. A maioria das gestações não foi planejada. Quanto a assistência pré-natal, 20 puérperas alegaram ter sido acompanhadas pelo enfermeiro, porém, apenas 13 receberam orientações acerca do AM nas consultas. As dificuldades da amamentação foram citadas por 23 das entrevistadas, sendo as principais dor mamilar e ingurgitamento mamário. 29 das participantes consideraram o AM importante, principalmente para a saúde da criança e prevenção de doenças. Apenas 7 pretendem amamentar até os dois anos de idade e 12 elencaram que apenas o leite materno é suficiente até os 6 meses. Não se observou relação entre o planejamento da gravidez, tipo de parto e a continuidade do AM. Sobre o conhecimento materno, o AM foi considerado importante para todas as participantes. Constatou-se o desconhecimento materno acerca do AM até os seis meses. O enfermeiro foi o profissional que acompanhou a maior parte da amostra durante o pré-natal, mas notou-se escassez em relação as orientações acerca do AM. Nesse contexto, esse estudo deixa como contribuição a certeza de que, o(a) enfermeiro(a) da assistência pré-natal em integração com os demais profissionais desse âmbito podem ser agentes de mudança, modificando gradativamente o conhecimento materno sobre o AM e a consequente continuidade dessa prática.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Assistência pré-natal. Período pós-parto. Rede familiar.

ABSTRACT

Breast milk is a natural food responsible for providing all the nutrients necessary for the infant's healthy growth and development, directly impacting the reduction of infant morbidity and mortality. It is essential to encourage breastfeeding (BF), especially during prenatal consultations. This work aims to identify the factors that influence the practice of breastfeeding in the view of the puerperal woman. Qualitative study, of the life narrative type, with 30 postpartum women from the Professor Alberto Antunes University Hospital, during November and December 2019. Project approved by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Alagoas, opinion No. 3,692,373 and CAAE 19386019.6. 0000.5013. Data collection through interview with semi-structured script and analysis through the operational proposal of thematic analysis of Minayo, where 4 categories emerged: influences of pregnancy planning and support network; influences of prenatal care and professionals on breastfeeding; maternal expectations and knowledge about breastfeeding; the importance of breastfeeding under the maternal view. The results showed that most of the participants were over 24 years of age and the stable union was the most prevalent marital status. As for the level of education, complete high school covered most of the participants. Caesarean section was the type of delivery that stood out the most. Regarding the obstetric history, most of the interviewees had three or more pregnancies. The beginning of prenatal care occurred in the first trimester for most participants. The age group, education level, marital status, primiparity and follow-up through prenatal consultations are factors that can interfere, mainly, in the continuity of BF. All participants said they received family support. Most pregnancies were not planned. As for prenatal care, 20 puerperal women claimed to have been accompanied by the nurse, however, only 13 received guidance about BF during consultations. The difficulties of breastfeeding were mentioned by 23 of the interviewees, being the main nipple pain and breast engorgement. 29 of the participants considered BF to be important, especially for the child's health and disease prevention. Only 7 intend to breastfeed until the age of two, and 12 mentioned that only breast milk is sufficient up to 6 months. There was no relationship between pregnancy planning, type of delivery and continuity of BF. Regarding maternal knowledge, BF was considered important for all participants. Maternal lack of knowledge about EBF was found up to six months. The nurse was the professional who accompanied most of the sample during prenatal care, but there was a shortage in relation to the guidelines about BF. In this context, this study leaves as a contribution the certainty that, the nurse of the prenatal care in integration with the other professionals of this scope can be agents of change, gradually modifying the maternal knowledge about BF and the consequent continuity of this practice.

Key words: Breastfeeding. Prenatal Care. Postpartum period. Family network.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização das participantes quanto faixa etária, estado civil e grau de escolaridade.....	36
Tabela 2 – Caracterização das participantes quanto tipo de parto, antecedentes obstétricos e meses de acompanhamento pré-natal.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALCON	Alojamento Conjunto
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
HUPAA	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LAM	Amenorreia da Lactação
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RN	Recém-nascido
SISPRENATAL	Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Aleitamento materno: aspectos históricos	14
2.2 Importância da amamentação	18
2.3 Composição do leite materno.....	19
2.4 Principais dificuldades do aleitamento materno	22
2.5 O enfermeiro e a assistência pré-natal.....	24
2.6 Puerpério e a rede de apoio	28
3 OBJETIVOS	31
4 PERCURSO METODOLÓGICO	32
4.1 Tipo de estudo.....	32
4.2 Local do estudo	32
4.3 Participantes do estudo	33
4.4 Critérios de inclusão e exclusão	33
4.5 Aproximação do sujeito	33
4.6 Coleta de dados	33
4.7 Análise dos dados	34
4.8 Aspectos éticos	35
5 RESULTADOS	36
6 DISCUSSÃO	44
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICE A.....	61
APÊNDICE B.....	64
ANEXO A	65

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é essencial para o crescimento e desenvolvimento saudável do lactente, impactando positivamente na saúde física e mental da mãe e repercutindo diretamente na rede de apoio (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015). Entretanto, apesar das inúmeras vantagens dessa prática para a mãe, bebê e rede de apoio, os índices nacionais da prevalência do AM, principalmente do aleitamento materno exclusivo (AME), ainda se encontram abaixo do preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2015).

O leite materno é um alimento natural, renovável e sustentável, sendo produzido e ofertado diretamente ao lactente, fornecendo-o suporte nutricional adequado até, no mínimo, os seis primeiros meses de vida (BRASIL, 2017). Constituído-se como uma estratégia natural de vínculo e interação entre mãe e filho, apresentando repercussões significativas na saúde física e psíquica da mãe, além de interferir diretamente no estado nutricional, fisiológico, cognitivo, emocional e imunológico da criança (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde do Brasil, endossado pela OMS, recomenda a prática da amamentação por pelo menos dois anos ou mais, devendo essa ser exclusiva nos seis primeiros meses. Uma vez que, os benefícios dessa estratégia são inúmeros e muitas são as desvantagens em relação a recomendação de alimentos complementares antes dos seis meses, podendo inclusive ocasionar prejuízos à saúde infantil, como maior número de hospitalizações por doenças respiratórias, maior número de episódios de diarreia, risco de desnutrição e menor absorção de minerais essenciais como zinco e ferro (BRASIL, 2015).

Os benefícios da amamentação estão diretamente associados com a redução da morbimortalidade infantil, principalmente por diarreia e infecções respiratórias, visto que, o leite materno fornece proteção imunológica a criança, menor risco de contaminação com agentes patogênicos e diminuição do desenvolvimento de alergias (BRASIL, 2015). Estima-se que, a prática do aleitamento materno (AM) nos primeiros meses de vida poderia evitar 13% das mortes por causas preveníveis de crianças menores de 5 anos em todo o mundo (JONES, 2003 apud BRASIL, 2015).

Em relação aos benefícios maternos, a amamentação promove a aceleração da involução uterina, sendo esse fato essencial para a redução do sangramento após

o parto, reduz a probabilidade de desenvolver diabetes mellitus, amplia o intervalo entre gestações e partos e diminui os riscos para o desenvolvimento de câncer de ovário e de mama (VICTORIA et al., 2015; BRASIL, 2017). Logo, o AM é considerado uma estratégia eficaz para a promoção integral à saúde materno-infantil, sendo fundamental na prevenção de doenças e agravos para ambos os públicos.

Embora sejam comprovados os inúmeros benefícios, a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis primeiros meses de vida não alcança nem 40% das crianças, mundialmente. Em relação ao cenário nacional, a prevalência do AME atinge 41%, sendo esse avanço significativo em relação aos 3% observados na década de 1980, fato que está diretamente relacionado com o maior investimento em políticas públicas e programas de incentivo a amamentação, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e órgãos mundiais, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (VICTORIA et al., 2015; TORYIAMA et al., 2017). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do ano de 2013, a prevalência do aleitamento materno em crianças menores de dois anos foi de 52,1% e no primeiro ano de vida a prevalência do AM foi em torno de 45% (BOCCOLINI et al., 2017; IBGE, 2015).

Apesar das melhorias das taxas de AM, o Brasil apresenta resultados que estão abaixo dos preconizados pela OMS, considerando que os parâmetros de AME nos seis primeiros meses e a manutenção do AM até os dois anos ou mais de vida devem apresentar melhoras significativas para alcançarem a perspectiva ideal (BRASIL, 2017).

Nas últimas três décadas, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações que visam o fortalecimento da prática do AM em todo o território nacional, sendo a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, uma das principais estratégias voltadas para o aumento das taxas de amamentação no país, objetivando a sua consolidação como uma Política de Estado e incentivo as intervenções em todos os níveis de assistência à saúde (BRASIL, 2017).

Além disso, busca-se constantemente lançar programas de iniciativa ao AM, visando a redução da mortalidade neonatal e infantil, como o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, Hospital Amigo da Criança, prática do Alojamento Conjunto, Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, Bombeiros Amigos da Amamentação e Carteiro Amigo, Método Mãe Canguru e participação na Semana Mundial da Amamentação (MENEGETTI, 2015).

Em relação ao eixo da atenção básica, elenca-se a Rede Amamenta Brasil, instituída em 2008 com o objetivo de incentivar nacionalmente o AM por meio das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2014). Assim, elenca-se a necessidade de uma adequada assistência pré-natal, objetivando a promoção e apoio ao AM. Visto que, o acompanhamento pré-natal é considerado uma excelente oportunidade para motivação das mulheres a amamentarem, além disso, é importante que pessoas significativas para a gestante sejam incluídas nos aconselhamentos (BRASIL, 2015).

Apesar dos diversos benefícios do AM, os seus índices no Brasil ainda se encontram em níveis reduzidos, sendo esse fato muito associado as dificuldades existentes no início da amamentação e a falta de apoio familiar nesse processo. Dessa forma, o profissional de saúde tem grande importância nesse cenário, devendo considerar todos os aspectos que envolvem o binômio nesse período (BRASIL, 2015).

Nesse âmbito, considera-se o enfermeiro fundamental para a promoção e apoio ao AM, elencando as consultas de acompanhamento pré-natal ocasiões ideais para esses aconselhamentos. Todavia, as orientações e a redução das dúvidas maternas em relação a esse processo devem ocorrer em momentos diversos e oportunos, principalmente na companhia da rede de apoio da mulher, como os familiares, vizinhos e amigos (SARDINHA et al., 2019).

Considerando o exposto, esse trabalho teve como objeto identificar os fatores que influenciam na prática do aleitamento materno na visão da puérpera. Diante disso, tem-se por questão norteadora: quais são os principais fatores que influenciam na prática do aleitamento materno na visão da puérpera?

Em suma, a importância desse estudo é o conhecimento acerca das experiências maternas em relação ao aleitamento, visando a identificação dos fatores que influenciam nessa prática. Mostra-se relevante, já que, o AM possui inúmeros benefícios para o binômio e está diretamente relacionado com a redução da mortalidade infantil e materna.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aleitamento materno: aspectos históricos

A prática da amamentação consiste num processo que envolve a interação significativa entre o binômio mãe-filho, influenciando no estado nutricional infantil, defesa contra doenças infecciosas, desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter consequências benéficas na saúde psíquica e física materna (BRASIL, 2015). Constitui-se também como uma estratégia natural de vínculo, proteção e afeto entre os envolvidos no processo, impactando significativamente na promoção da saúde integral da mãe e do bebê e, conseqüentemente, na redução da morbimortalidade infantil e materna (BRASIL, 2010).

Ao longo dos anos, o AM sofreu influências de diversos fatores históricos, sociais, culturais, econômicos e políticos, os quais foram essenciais para a concepção dessa prática nos dias atuais. Desde a antiguidade, em escavações arqueológicas na Grécia no séc. V e VII, evidencia-se a presença de outros recipientes (como vasilhas de barro) ao lado de corpos de lactentes, possibilitando supor que a substituição do aleitamento materno por outras formas de alimentação constitui-se como uma prática muito antiga (SILVA, 1997).

Na sociedade espartana, relata-se que a esposa do rei era obrigada a amamentar o filho mais velho. No caso das plebeias, a prática da amamentação deveria ser feita com todas as crianças. Há relatos de Plutarco que afirmam que o segundo filho do rei Themistes foi preterido por seu irmão mais velho, devido ao fato de não ter sido amamentado por sua mãe, mas sim por uma mulher designada para tal função (BOSI; MACHADO, 2005).

Hipócrates também escreveu sobre a importância e o objetivo da amamentação, afirmando que apenas o leite materno é benéfico, sendo o leite de outras mulheres perigoso (SILVA, 1997). Dessa forma, evidencia-se que, no final do período medieval e no início da era moderna, haviam publicações europeias que exaltavam a importância do AM para a infância, considerando-se como uma época de grandes avanços nas discussões de temas da primeira infância (BOSI; MACHADO, 2005).

Aproximadamente durante os anos de 1500 a 1700, elenca-se que o conhecimento médico vigente considerava que o colostro era um leite ruim, não

devendo o mesmo ser ofertado ao RN. A alimentação das crianças era constituída por leite de animais e de um alimento denominado como “panado”, o qual era composto por farinha e água. Na Constituição Francesa, havia um dispositivo que protegia as crianças nascidas de famílias indigentes, estabelecendo que as amas-de-leite não poderiam amamentar mais do que duas crianças e que cada bebê deveria ter um berço, visando reduzir o risco de enforcamento (SENA, 1997; REA, 1990).

Bosi e Machado (2005) afirmam que, de acordo com diários de chefes constituintes de famílias da grande burguesia parlamentar, no século XVI as mães amamentavam seus filhos, e do final para o início do século XVII, a prática de enviar os filhos para casa das amas tornou-se extremamente comum na sociedade da época. No século XVIII, houve um aumento da mortalidade infantil, fato este associado às doenças adquiridas pelas amas, sendo também muito comum a oferta de leite de vaca em pequenos chifres furados, considerados como precursores das mamadeiras (BADINTER, 1985 apud BOSI; MACHADO, 2005).

No Brasil, existem relatos dos séculos XVI e XVII imprecisos quanto a amamentação dos antigos Tupinambás, afirmando-se que os filhos indígenas eram amamentados pelo período de um ano e meio, sendo transportados em pedaços de pano conhecidos como *typoia* ou *typya* (RAMINELLI, 1997).

Com a chegada dos portugueses houve um alto índice de infecções na população indígena, ocasionando mortes e elevado número de órfãos. Ao longo do século XVII, a população dos centros portuários aumentou significativamente, influenciando no poder aquisitivo da época. Todavia, elenca-se o alto índice de mortalidade de crianças, em que cerca de 20 a 30% faleciam antes de completar 1 ano de idade. Também era comum que os bebês da burguesia fossem alimentados por amas-de-leite, fato esse que declinou consideravelmente por volta de 1800 (BADINTER, 1985 apud BOSI; MACHADO, 2005).

Na metade do século XIX, muitas pesquisas foram desenvolvidas com o intuito de propagar um substituto para o leite materno, como o leite de vaca acrescido de açúcar e água. Com o crescente *marketing* das indústrias e profissionais de saúde, a utilização de mamadeiras e fórmulas lácteas foi incentivada constantemente, sendo essa prática naturalizada pela sociedade da época. Nos anos seguintes, durante o século XX, destaca-se o uso de leites artificiais desde o momento do nascimento,

sendo esse alimento designado como um produto seguro e ótimo substituinte para o leite materno (REA, 1990; RAMINELLI, 1997; BOSI; MACHADO, 2005).

Em 1981, com a regulação do Código de Substitutos do leite humano na Assembleia Mundial de Saúde, houve a implantação de vários programas e estratégias de promoção ao aleitamento, coordenados pelo Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) do Ministério da Saúde. Nesse contexto, destacaram-se como estratégias: implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, em 1992; criação de bancos de leite humano em diversas cidades brasileiras; projeto carteiro amigo; realização de cursos de aconselhamento sobre amamentação, entre outros (BOSI; MACHADO, 2005).

O PNIAM foi implantado a partir de um amplo diagnóstico sobre a situação do AM no Brasil, onde foram elencadas as principais causas do desmame precoce: rotina e estrutura inadequada dos serviços de saúde, elevado descontrole em relação a publicidade de alimentos infantis industrializados, informação reduzida dos profissionais de saúde e da sociedade em geral em relação a amamentação e seus benefícios, trabalho remunerado feminino, entre outros aspectos (BRANDÃO, 2005).

Em 1992, houve a ampla divulgação da IHAC, visando a sensibilização dos serviços de saúde em relação as mudanças de suas rotinas. Em 1994, a Semana Mundial da Amamentação abordou a conscientização sobre os efeitos negativos do *marketing* das indústrias em relação a alimentação infantil com produtos industrializados. Nos anos seguintes, em 1995 a Semana Mundial abordou as vantagens da amamentação para as mulheres e em 1996 trouxe a importância do AM, visando chamar a atenção da sociedade sobre o compromisso coletivo com o aleitamento (BRANDÃO, 2005).

A partir de 2000, ações de estímulo a amamentação foram ampliadas nos diversos níveis dos serviços de saúde, como orientações no pré-natal e parto, importância do aleitamento na primeira hora de vida, acompanhamento de puericultura, amamentação exclusiva na maternidade e incentivo à prática do alojamento conjunto. Portanto, observa-se que, as estratégias e políticas públicas de promoção ao aleitamento refletiram positivamente nos anos seguintes, apesar dos desafios ainda existentes (TORYIAMA et al., 2017).

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde têm investido na capacitação dos profissionais de saúde e estímulo aos hospitais a participarem da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Ademais, destaca-se o fortalecimento da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, assim como os avanços científicos no cenário nacional, sendo esses difundidos principalmente em Congressos Nacionais e Internacionais, ressaltando também o papel das Universidades (BRANDÃO, 2005).

Visando o amparo legal e complementação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, foi criada a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) e a Lei 11.265/2006 que regulariza a comercialização e o *marketing* das indústrias de bicos, mamadeiras e alimentos (BRASIL, 2001; BRASIL 2006).

Houve a criação do programa Método Mãe Canguru, tendo em vista uma assistência neonatal eficaz, estimulando o contato precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, visando, entre outros aspectos, contribuir para a prática, frequência e duração do AM. Destaca-se também a Rede Cegonha, estratégia criada para a difusão de ações gratuitas para a assistência materno-infantil, incluindo o planejamento sexual e reprodutivo, pré-natal, parto e o puerpério (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2012).

A Rede Amamenta e Alimenta Brasil é uma das principais estratégias da Rede Cegonha, esta foi lançada em 2012 e tem como compromisso a formação dos recursos humanos na atenção básica, formando profissionais que incentivem o AM e a alimentação infantil saudável (BRASIL, 2012).

Atualmente, dentre as iniciativas mencionadas, evidencia-se as Salas de Apoio à Amamentação, regulamentadas pela nota técnica conjunta nº 01 de 2010, elaborada em março de 2009. De acordo com a nota técnica, as empresas devem disponibilizar um espaço para que as lactantes possam realizar a retirada do leite materno de modo confortável durante o expediente, podendo o mesmo ser armazenado em local refrigerado, até o término de sua carga horária de trabalho (SOUSA et al., 2015).

Outro modo de proteção ao AM é a licença a maternidade, a qual é um aparato legal que prevê 180 dias de afastamento remunerado para as mães trabalhadoras. No

caso de mães estudantes, a legislação é datada do ano de 1970, prevendo apenas 90 dias de afastamento das suas atividades (SOUSA et al., 2015).

2.2 Importância da amamentação

A importância atribuída ao leite humano deve-se principalmente ao seu valor nutricional e imunológico para os recém-nascidos (RN). A prática da amamentação promove benefícios psicológicos tanto para a mãe quanto para o bebê, contribuindo para a formação de vínculo afetivo entre ambos (TAMEZ, 2017). Além de favorecer o desenvolvimento saudável do bebê, o leite materno reduz a morbimortalidade infantil, estimando-se que nos países em desenvolvimento 1,47 milhões de vidas poderiam ser salvas se a recomendação do AME até os seis meses fosse rigorosamente cumprida (BRASIL, 2015).

Dentre os inúmeros benefícios comprovadamente atribuídos ao leite materno, elenca-se: proteção contra diarreia; evita a ocorrência de infecções respiratórias; prevenção de otites; diminuição do desenvolvimento de alergias; redução do risco de desenvolvimento de hipertensão, diabetes mellitus e colesterol alto; a longo prazo, reduz a chance de desenvolvimento de obesidade; promove efeitos positivos na inteligência, ou seja, contribui para um melhor desenvolvimento cognitivo; desenvolvimento da cavidade bucal; proteção contra câncer de mama; menores custos financeiros; potencial de melhora da qualidade de vida familiar, já que crianças amamentadas adoecem menos, necessitando de menos medicamentos e hospitalizações, reduzindo as preocupações financeiras e situações estressantes (BRASIL, 2015).

De modo mais específico, para as mães, o leite humano reduz a hemorragia pós-parto, auxilia na recuperação do corpo materno após o parto, controle da fertilidade, promove bem-estar e ligação emocional, menor probabilidade de desenvolvimento de cânceres de ovário e mamas, osteoporose, doenças cardíacas, artrite reumatoide e depressão pós-parto (TAMEZ, 2017).

De acordo com a OMS, o AM costuma ser classificado em: Aleitamento Materno Exclusivo – quando o leite materno configura a única fonte nutricional, com exceção para medicamentos, sais e suplementos; Aleitamento Materno Predominante – quando além do leite materno, a criança recebe água, sucos e chás; Aleitamento Materno Complementado – quando além do leite materno, há oferta de alimentos

sólidos e/ou semissólidos; Aleitamento Materno Misto ou Parcial – quando além do leite materno, há a complementação com outros tipos de leite (BRASIL, 2015).

Em relação a família e a sociedade, o aleitamento materno possui benefícios que impactam em diversos aspectos, principalmente em relação à economia e a qualidade de vida familiar. Além do desenvolvimento de vínculo, união e afeto, a amamentação proporciona redução dos custos, quando comparado com a alimentação artificial, impactando na possibilidade de oferta de alimentos mais nutritivos para os demais componentes do núcleo familiar. Já que, crianças alimentadas com o leite materno adoecem menos, reduzindo o estresse emocional, redução dos custos financeiros com medicamentos e/ou internações (VILELA; SILVA; DAVINO, 2005).

As vantagens do AM são inúmeras para a sociedade e suas contribuições abrangem aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos, emocionais e socioeconômicos, sendo esses fatores cruciais para o desenvolvimento e organização de uma comunidade (VILELA; SILVA; DAVINO, 2005). Sendo assim, a prática da amamentação é essencial para que os indivíduos se desenvolvam de maneira saudável e com qualidade de vida.

2.3 Composição do leite materno

Os inúmeros benefícios do leite humano estão intimamente relacionados com sua composição nutricional. O leite maduro apresenta alta concentração de água, carboidratos, lipídeos, proteínas, sais minerais, entre outros componentes. Além disso, é constituído por numerosos fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções, como as imunoglobulinas, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisozima e fator bífido (BRASIL, 2015; THOMAZ; SOUZA; MASCARENHAS, 2005).

Durante o período pós-parto, há a presença de três tipos de secreções lácteas: colostro, leite de transição e leite maduro. O colostro é amarelado e cremoso, sendo constituído por alto teor de proteínas e baixo teor de gordura. O seu tempo de excreção é geralmente de 72 horas após o parto, podendo durar até 5 a 7 dias. É formado por uma alta quantidade de imunoglobulinas, células leucocitárias e epiteliais, sendo de fácil digestão e rapidamente absorvido pelo trato gastrointestinal do recém-nascido (ZUGAIB, 2016). De modo mais específico, apresenta alto teor de IgA,

protegendo o lactente contra patógenos entéricos e também é constituído por outros fatores de proteção como a lactoferrina, lacroperoxidase e lisozimas (CUNNINGHAM, 2012).

Gradualmente, em torno do 5º dia após o parto, ocorrem modificações na composição do leite, sendo agora denominado de leite de transição e produzido no período entre o colostro e o leite maduro (CALIL; FALCÃO, 2003). Após o processo de “descida” do leite ou apojadura, há o aumento da quantidade de carboidratos e gordura, reduzindo a quantidade de proteínas e grande parte do volume de leite é constituído por água, correspondendo a cerca de 87% da sua composição (ZUGAIB, 2016).

Em relação a composição lipídica do leite maduro, os triglicerídeos correspondem a 98%, os fosfolipídios a 0,7%, colesterol a 0,5% e em mínimas quantidades, os ácidos graxos livres, mono e diacilglicóis. Em relação a síntese de lipídeos, Calil e Falcão (2003, p. 4) afirmam:

As células mamárias alveolares sintetizam a gordura láctea, sendo tal síntese estimulada pelo esvaziamento da mama, especialmente através da amamentação, e ainda pela prolactina, secretada no lobo anterior da hipófise. A maior proporção da gordura láctea é formada a partir dos lipídeos circulantes, derivados da dieta e/ou dos depósitos maternos.

Grande parte dos lipídeos presentes no leite são encontrados dispostos nos alvéolos posteriores mamários. Então, é necessário que o RN esvazie cada uma das mamas para que o teor de gordura seja consumido (ZUGAIB, 2016). Os lipídeos apresentam importâncias significativas no desenvolvimento do sistema nervoso, pois são constituintes da bainha dos neurônios, além de participarem da produção de mediadores inflamatórios, como as prostaglandinas e os tromboxanos (CALIU; FALCÃO, 2003).

A lactose corresponde ao principal carboidrato constituinte do leite humano, sendo formado pela união da glicose e da alfa lactoalbumina. Salienta-se o papel da prolactina nesse processo de formação, já que a mesma estimula a ação de catálise para a união dessas duas substâncias (ZUGAIB, 2016). Considera-se que a lactose corresponda a 70% da quantidade de carboidratos (7g/dl), seguida pela glicose (14 mg/dl), galactose (12mg/dl), oligossacarídeos (500 a 1200mg/dl) e glicoproteínas em baixas quantidades (CALIL; FALCÃO, 2003).

O leite maduro fornece cerca de 1,2 g de proteínas para cada volume de 100ml, em que grande parte dessas proteínas (em torno de 80%) estão presentes no soro.

Dentre essas proteínas, incluem-se a alfa-lactalbumina, lactoferrina, lisozima, soroalbumina, betalactoglobulina e as imunoglobulinas. A lisozima, lactoferrina e as imunoglobulinas são proteínas que apresentam funções protetoras: a lactoferrina apresenta ação bacteriostática, a lisozima apresenta ação de lise da parede celular de bactérias e as imunoglobulinas, especialmente IgA (correspondente a cerca de 90% das IgGs presentes no leite e colostro), apresentam efeito bactericida contra as bactérias Gram positivas e algumas Gram negativas (CALIU; FALCÃO, 2003).

A IgA secretória age contra microrganismos existentes em superfícies mucosas, sendo reflexo da produção de anticorpos maternos já existentes, devido o contato com os antígenos ao longo de sua vida. Em relação as suas concentrações ao longo da lactação, é notório que os níveis séricos diminuem gradativamente no primeiro mês, mas continuam constantes nos meses seguintes (BRASIL, 2015).

As imunoglobulinas são essenciais para conferir proteção ao lactente, mas existem outras substâncias importantes, como os fatores inflamatórios e os imunoestimuladores. Esses componentes, cujas estimativas relatam cerca de 250 elementos, atuam especificamente contra agentes patológicos, crescimento celular na mucosa intestinal, resistência as infecções, etc. Desse modo, os estudos demonstram redução na incidência da diarreia, enterocolite, alergias, doenças infecciosas, doenças respiratórias e autoimunes (PASSANHA; CERVATO-MACUSO; SILVA, 2010).

Destaca-se a presença da proteína láctea caseína, a qual apresenta subunidades capazes de formar micelas com o cálcio e o fósforo, ajudando nos transportes desses minerais e conferindo a aparência branca ao leite. Essa proteína possui diferentes frações, porém, no leite humano encontram-se as frações beta-caseína e kappa-caseína. É uma proteína nutritiva que fornece peptídeos, nitrogênio e aminoácidos importantes para o crescimento e desenvolvimento do lactente (CALIL; FALCÃO, 2003).

Em relação aos fatores minerais, o leite materno apresenta sódio, potássio, cálcio, magnésio, cloreto, fósforo e sulfato. A quantidade de sódio encontrada é de cerca de 7 mEq/l, sendo suficiente para suprir as necessidades do RN. O potássio apresenta níveis de cerca de 14 mEq/l, cerca de 28 a 33mg/dl de cálcio, 13 a 15mg/dl de fósforo e cerca de 2,5 a 3,3 mEq/l de magnésio. O zinco apresenta concentrações diversas no decorrer da lactação, sendo de 250 a 400 mcg/dl inicialmente no leite maduro e após 4 meses apresenta concentrações em torno de 80 a 100 mcg/dl. As

concentrações de ferro são elevadas no início da lactação, prevenindo anemia ferropriva no RN. No decorrer do processo, seus níveis reduzem, para que a lactoferrina permaneça na forma insaturada. A quantidade de flúor é baixa, mesmo em regiões com programas de fluoretação, ficando essa em torno de 0,4 a 1,5 mcg/dl no leite maduro (CALIL; FALCÃO, 2003).

Os níveis de vitaminas no leite humano estão relacionados com o estado nutricional materno. As vitaminas hidrossolúveis são encontradas no colostro em níveis baixos, as quais se elevam no decorrer do processo de aleitamento. Já as vitaminas lipossolúveis, como a vitamina A, apresentam níveis mais elevados no colostro, reduzindo no decorrer da lactação. As quantidades de vitaminas ofertadas no leite são suficientes para suprir as demandas dos lactentes, com exceção para a vitamina K e a vitamina D, nos casos de aleitamento materno exclusivo (CALIL; FALCÃO, 2003).

2.4 Principais dificuldades do aleitamento materno

A experiência da amamentação compreende um processo marcante e complexo, sendo imprescindível considerar os aspectos fisiológicos e os condicionantes econômicos, sociais, políticos e culturais da mãe e seu filho. Haja vista que, a resolução das dificuldades relacionadas ao AM depende, em grande parte, das atitudes maternas, vinculação entre o binômio, apoio familiar/social recebido pela mulher e a influência dos profissionais de saúde nesse processo (ALVES, 2011; CARVALHO; TAVARES, 2010).

Desde o nascimento, muitos são os fatores que podem retardar o processo do AM, como: estresse e ansiedade materna, os quais interferem na liberação da ocitocina, hormônio responsável pela ejeção do leite; cirurgia cesariana e o tipo de anestesia utilizada; obesidade materna, visto que, o tecido adiposo tem a capacidade de concentrar progesterona, ocasionando uma resposta reduzida da prolactina, hormônio que estimula a produção láctea; nutrição materna inadequada e em níveis reduzidos (SOUSA, 2016).

Em relação as dificuldades que podem existir no próprio processo, a maioria surge no início da amamentação, podendo persistir nas semanas seguintes. Dentre as dificuldades, elenca-se: bebê que não suga ou com sucção fraca; demora da descida do leite, ou seja, demora no processo de apojadura; pega e posicionamentos

inadequados; produção reduzida de leite; mamilos planos ou invertidos; ingurgitamento mamário, o qual diz respeito ao acúmulo exagerado de leite nas mamas; dor e/ou fissuras nos mamilos; mastite; entre outras (BRASIL, 2015; LEVY; BERTOLO, 2012).

Considerando a produção ineficiente de leite, a maioria das mulheres possui condições biológicas para produzir quantidades suficientes de leite, visando suprir as demandas de seu filho. Contudo, durante a amamentação, há a queixa de “leite fraco” ou “pouco leite”, sendo essas colocações, na maioria das vezes, reflexo da insegurança materna quanto a capacidade de nutrir totalmente seu bebê, ansiedade diante da situação, reforço familiar em relação a essa insegurança e uso de fontes complementares de alimentação infantil, como as fórmulas lácteas. Conforme Brasil (2015, p. 65),

A suplementação com outros leites muitas vezes alivia a tensão materna e essa tranquilidade é repassada ao bebê, que passa a chorar menos, vindo a reforçar a ideia de que a criança estava passando fome. Uma vez iniciada a suplementação, a criança passa a sugar menos o peito e, como consequência, vai haver menor produção de leite, processo que com frequência culmina com a interrupção da amamentação. Por isso, a queixa de “pouco leite” ou “leite fraco” deve ser valorizada e adequadamente manejada.

Além da queixa relacionada com a quantidade ineficiente de leite, a dor mamilar/mamilos machucados destaca-se entre uma das mais comuns. Geralmente, a dor mamilar ocorre no começo das mamadas, de modo discreto ou moderado, nos primeiros dias após o parto, podendo persistir por semanas. Apesar de comum, mamilos muito machucados e doloridos devem ser cuidados de modo adequado, já que, muitas vezes esses incômodos estão associados com pega e posicionamento inadequados. Ademais, podem estar associados com mamilos curtos, planos ou invertidos, sucção não nutritiva prolongada, uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos, disfunções orais na criança, uso inadequado de bombas de extração láctea, entre outros fatores (BRASIL, 2015).

Dentre as dificuldades mencionadas, é importante salientar que o ato de amamentar é bastante influenciado pelas atitudes adquiridas socialmente e pelo suporte emocional que a mulher recebe de sua família e da comunidade. As mães tornam-se muito suscetíveis as influências externas sobre a amamentação, sendo o sucesso desse processo relacionado com mulheres apoiadas pela família, motivadas

e conscientes do benefício da prática, mesmo diante da interferência contrária do seu meio cultural e social (ALGARVES; JULIÃO; COSTA, 2015).

Considerando a prática da amamentação como um processo dinâmico e persuadível, os membros familiares são considerados os principais responsáveis e influenciadores sobre a decisão da mulher de amamentar, perpetuação desse ato e o sucesso do AM. Dessa maneira, a família representa o pilar fundamental para as ações de saúde e incentivo ao AM (BARREIRA; MACHADO, 2004). Segundo Brasil (2015, p. 85),

A prática da amamentação é fortemente influenciada pelo meio onde está inserida a nutriz. Para uma amamentação bem-sucedida, a mãe necessita de constante incentivo e suporte, não só dos profissionais de saúde, mas da sua família e da comunidade. Não basta que ela opte pelo aleitamento materno. Ela deve estar inserida em um ambiente que a apoie na sua opção. A opinião e o incentivo das pessoas que cercam a mãe, sobretudo os maridos/companheiros, as avós da criança e outras pessoas significativas para a mãe são de extrema importância.

Dentre os inúmeros fatores que dificultam o processo de AM e favorecem o desmame cada vez mais precoce, incluem-se também a complexidade dos estilos de vida modernos e suas implicações, como: o retorno da mulher ao emprego; problemas com o neonato – como fenilcetonúria e galactosemia; mitos culturalmente difundidos na sociedade – como pouco leite, leite fraco, flacidez e queda das mamas; e as influências externas de familiares, amigos e vizinhos. Esses fatores parecem exercer maior influência sobre a amamentação do que os benefícios e vantagens do leite materno em relação aos leites artificiais (MACHADO, 1999; BARREIRA; MACHADO, 2004).

2.5 O enfermeiro e a assistência pré-natal

A atenção pré-natal consiste no acompanhamento detalhado de todo o processo que envolve a gravidez. Logo, é importante o desenvolvimento de empatia, acolhimento, compromisso, disponibilidade e respeito a clientela, considerando não apenas seus aspectos biológicos. Já que, na assistência pré-natal tem-se a oportunidade de estimular o desenvolvimento das potencialidades da gestante e seu companheiro, para que os mesmos possam assumir o papel de protagonistas do processo de gestação (ZAMPIERI, 1999 apud ZAMPIERI et al., 2007). De acordo com Zampieri (2007, p. 358),

A atenção pré-natal busca, sobretudo, avaliar a saúde da mulher e do feto e o seu desenvolvimento, em todas as dimensões (fisiológica, social,

psicológica, cultural e espiritual), identificando os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez e possibilitando o encaminhamento da gestante para níveis de referência de maior complexidade, que assegurem a ela o tratamento precoce das condições anormais. É importante ressaltar que, tanto nas consultas, visitas domiciliares, atendimentos em sala de espera, como o grupo de gestantes, o suporte emocional e educacional é indispensável para que se obtenha uma boa condução da gestação (...).

O pré-natal tem como finalidade acompanhar o desenvolvimento da gestação, visando o parto de um RN saudável, sem impactos negativos para a saúde materna, incluindo a abordagem dos aspectos biológicos, psicossociais e a promoção de atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012a).

O binômio é o foco principal do processo, mas é imprescindível que ocorra a inclusão da família, para estimular o envolvimento da rede de apoio, promovendo uma maior segurança para a mulher. Pode-se afirmar ainda que o pré-natal consiste num conjunto de ações e fatores integrados, sendo a humanização e o respeito pela gestante o principal deles (COSTA et al., 2009).

Além de uma Unidade de Saúde bem estruturada, é necessária a oferta adequada das práticas de pré-natal, com atendimento satisfatório da clientela e que não coloque em risco as usuárias assistidas. Inclusive é importante a capacitação periódica dos profissionais que irão assistir a mulher e sua família nesse processo (ARAÚJO; OKASAKI, 2007).

Dentre os recursos mínimos preconizados pelo MS para o atendimento pré-natal, destacam-se: mesas, cadeiras (gestante, profissional e acompanhante), escada, mesa de exame ginecológico, foco de luz, forro para mesa, balança para adultos (peso/altura), esfigmomanômetro, estetoscópio, Sonar Doppler, fita métrica inelástica, luvas, espécule, gel lubrificante, material para coleta de exames, fichas, mesa de apoio, pinças de Cheron, gazes, disco gestacional, gráficos, entre outros (BRASIL, 2012a; SÃO PAULO, 2010; CRUZ; CAMINHA; FILHO, 2014).

O início da assistência se dá com o planejamento sexual e reprodutivo para uma futura gravidez, perpassando pela descoberta/diagnóstico, o período gestacional, parto e puerpério. Considerando gestação de risco habitual, deverão ser feitas consultas de enfermagem e médicas de maneira alternada. A periodicidade dessas consultas irá depender das semanas gestacionais em que a gestante se encontra (SÃO PAULO, 2016). Segundo a OMS, a recomendação é que sejam realizadas no mínimo seis consultas de acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2012).

No contexto das Unidades Básicas de Saúde, todos os profissionais apresentam atribuições em relação ao público de gestantes, por isso é importante que atuem nos seguintes processos: territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificação e busca ativa das gestantes, atualização contínua das informações, realização do cuidado no âmbito da unidade de saúde, domicílio e demais espaços comunitários, como escolas e creches (BRASIL, 2012).

O pré-natal de baixo risco pode ser realizado por enfermeiro, sendo este obstetra ou não, respaldado pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, através do decreto 94.406/87. Cabe ao enfermeiro a realização de consulta de enfermagem, realização da prescrição de enfermagem, prescrição de medicamentos, de acordo com os programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, prestação de assistência a parturiente e puérpera, e a realização de educação em saúde, sendo respaldado pela Lei 7.498/86 (ARAUJO et al., 2010).

Deste modo, o MS determina as atribuições do enfermeiro no pré-natal de baixo risco: orientação e educação em saúde; cadastramento da gestante no SISPRENATAL (Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento); fornecimento e preenchimento do cartão da gestante, atualizando-o a cada consulta; consulta de pré-natal, intercalada com consulta médica; realização de testes rápidos; solicitação de exames complementares; prescrição de medicamentos, conforme os protocolos; orientações quanto a situação vacinal; realização do exame clínico das mamas e coleta do exame citopatológico; realização de busca ativa das gestantes faltosas; visitas domiciliares, inclusive no puerpério; por fim, aconselhamento sobre o aleitamento materno e planejamento sexual e reprodutivo (BRASIL, 2013).

Na primeira consulta pré-natal, o enfermeiro deverá realizar o levantamento da história clínica da gestante; verificar os antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos; dados sobre sexualidade; levantar informações da gestação atual; realizar exame físico geral e específico e solicitar os exames laboratoriais preconizados. Nas consultas subsequentes, deve-se: revisar a ficha pré-natal; verificar calendário vacinal; realizar anamnese atual; calcular a idade gestacional (IG); calcular o índice de massa corpórea (IMC); aferir a pressão arterial; realizar a palpação obstétrica e medir altura de fundo uterino (AFU); pesquisar edema; avaliar os resultados dos exames laboratoriais; realizar ausculta de batimentos

cardiofetais (BCF); avaliar movimentos fetais; prescrever a suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico; tratar alterações encontradas e/ou realizar encaminhamentos (BRASIL, 2006a).

Dentre os exames a serem realizados, incluem-se: hemograma, glicemia de jejum, tipagem sanguínea com fator RH, coombs indireto (se for Rh negativo), teste rápido para sífilis, hepatite B e C, HIV, eletroforese de hemoglobina, exame de urina tipo 1 (EAS), urocultura (caso necessário), ultrassonografia obstétrica, citopatológico de colo de útero e parasitológico de fezes, caso possua indicação clínica (BRASIL, 2013).

Quanto à realização do pré-natal, o enfermeiro possui respaldo técnico-científico para abordar a gestante, criando vínculo com a mesma e sua família. Segundo Araujo et al. (2010, p. 66) “essa habilidade de criar vínculo com a mulher torna a consulta de enfermagem diferente, pois não está centrada apenas em procedimentos técnicos, mas existe o diálogo como peça fundamental”.

Em relação ao aconselhamento sobre o aleitamento materno, o pré-natal constitui-se como uma excelente estratégia, haja vista que, comprovadamente a promoção da amamentação durante a gestação possui impactos positivos nas prevalências dessa prática, em especial entre as primigestas. Durante os aconselhamentos, é importante que pessoas significativas para a grávida, como o companheiro e a mãe, sejam incluídas no processo (BRASIL, 2015).

Durante o acompanhamento, tanto no atendimento individual como em grupo, é imprescindível que ocorra a abordagem sobre as seguintes temáticas: planos da gestante em relação a alimentação da criança; importância do AM; experiências prévias, mitos, crenças, fantasias e preocupações maternas; desvantagens do uso de leite de origem animal; possíveis dificuldades na amamentação e como preveni-las; importância do AM logo após o parto; vantagens e desvantagens sobre o uso da chupeta (BRASIL, 2015).

A preparação das mamas não é indicada, diferente do que era difundido no passado. Manobras para aumentar e fortalecer os mamilos durante a gravidez, como esfregar os mamilos com buchas ou toalhas ásperas são práticas não recomendadas, pois, na maioria das vezes, não funcionam e podem prejudicar o AM, além de induzir o trabalho de parto. O uso de conchas ou sutiãs com orifício central para aumentar os mamilos não são eficazes. Destaca-se que, os mamilos costumam ganhar

elasticidade e aumentarem durante a gravidez, em decorrência da própria ação hormonal (BRASIL, 2015). Portanto, é essencial que o enfermeiro aconselhe a gestante sobre todos esses fatores, visando o sucesso dessa prática a curto, médio e longo prazo.

2.6 Puerpério e a rede de apoio

O puerpério ou pós-parto é o período posterior ao parto, compreendendo os processos involutivos e de recuperação do organismo materno após a gestação. Classifica-se em: pós-parto imediato – do 1º ao 10º dia, pós-parto tardio – do 10º ao 45º dia e o pós-parto remoto que vai além do 45º dia, apresentando término indeterminado (MONTENEGRO; REZENDE, 2017).

Entretanto, o puerpério também é considerado desde a dequitação até 6 semanas completas após o parto. O período do pós-parto baseia-se nos efeitos acarretados pela gestação em diversos órgãos e sistemas do organismo materno, e que a ao final de seis semanas, retornam ao seu estado pré-gravídico, com exceção de alguns órgãos, em que seu retorno completo se dá até um ano após o parto (ZUGAIB, 2016).

Esse período é constituído por modificações fisiológicas na mulher e que merecem atenção integral da equipe de saúde. Segundo Montenegro e Rezende (2017, p. 453),

Além da relevância desses mecanismos fisiológicos para o restabelecimento do estado pré-gravídico da mulher, o puerpério é também caracterizado por marcantes mudanças em diversos outros aspectos da vida feminina, sejam eles conjugais, familiares, sociais ou profissionais. Nesse sentido, há de se compreender a importância de uma assistência materno-infantil multidisciplinar e integrada, projetada no sentido de favorecer uma experiência materna efetivamente saudável e de bem-estar.

Logo, é fundamental que ocorra a assistência integral ao recém-nascido e a mãe, através de orientações sobre os cuidados necessários nessa fase de descobertas e adaptações.

Durante a assistência pós-natal hospitalar, é essencial que haja uma série de orientações/instruções acerca das modificações fisiológicas durante o período de involução e também acerca de sinais e sintomas de infecção, como febre, sangramento vaginal excessivo ou fétido, náuseas e/ou vômitos, dor, edema ou hiperemia nos membros inferiores. Também é um importante momento para a promoção do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, devendo

informar sobre seus benefícios e encorajar a participação do pai nesse processo de criação de vínculo (MONTENEGRO; REZENDE, 2017).

A atenção a mulher e ao recém-nascido é primordial no pós-parto, devendo ser o mais criteriosa possível no período hospitalar e após a sua alta, no âmbito das Unidades Básicas de Saúde. Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta hospitalar e em casos que o RN tenha sido classificado como de alto risco, essa visita deve ocorrer nos primeiros três dias. Preconiza-se o período de sete dias após a alta, visto que, nesse intervalo de tempo, há um alto índice de morbidade e mortalidade neonatal e materna (SÃO PAULO, 2010).

Para qualificar as ações da equipe de atenção básica, é imprescindível que a maternidade elabore e envie um relatório para Unidade Básica de referência próximo ao local que residirá o binômio mãe-filho. Esse relatório deve apresentar um detalhamento dos procedimentos, medicamentos e possíveis intercorrências relevantes no parto e no nascimento, além da classificação do RN, caso esse seja de alto de risco (BRASIL, 2012a).

Em relação a puérpera, as ações relacionadas incluem: anamnese – verificar a caderneta da gestante, intercorrências relacionadas a gestação, dados do parto (tipo de parto, intercorrências), uso de medicamentos, aleitamento materno, alimentação, sono, dor, fluxo vaginal, febre, estado de humor, planejamento familiar e condição social (rede de apoio, enxoval do bebê); avaliação clínico-ginecológica – dados vitais, estado geral (pele, mucosas, presença de edema, cicatrização), exame das mamas, exame do abdômen (verificar as condições do útero e presença de dor) e exame ginecológico (BRASIL, 2012a).

As condutas incluem: orientação quanto higiene, alimentação, sono, atividades físicas, atividade sexual, cuidados com as mamas e incentivo ao aleitamento materno, cuidados com o RN, informar sobre os direitos da mulher, como licença a maternidade, uso de métodos contraceptivos - informar sobre o método LAM (amenorreia da lactação), prescrever suplementação de ferro – 40mg por dia de ferro elementar até 3 meses após o parto, inserir as informações do puerpério no Sis prenatal e aplicar vacinas - a dupla tipo adulto e a tríplice viral, apenas se necessário. É importante informar a mãe que o puerpério é um período provisório que apresenta maior vulnerabilidade psíquica, ocorrendo alterações emocionais na mulher (BRASIL, 2012a).

Sobre o contexto familiar, é importante a inclusão do companheiro durante todo o processo de adaptação, para que esse seja participante ativo no percorrer das fases da criança. Assim, a ajuda mútua, integração e compreensão desses estados podem servir como base para o vínculo e reorganização afetiva do casal. A atividade sexual do casal será afetada, pois há um redirecionamento do desejo sexual e mudanças físicas decorrentes do parto e amamentação (BRASIL, 2012a).

Além da inclusão do companheiro, a rede de apoio na qual a nutriz está inserida possui influência significativa no ato de amamentar (PRIMO et al., 2015). Já que, o apoio dado à mulher por familiares, amigos, vizinhos e profissionais durante o ciclo gravídico-puerperal é de suma importância, podendo ser considerado um determinante na adesão e manutenção do AM (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015).

Em decorrência das inúmeras transformações ocorridas no puerpério, a mulher torna-se suscetível as interferências externas em relação aos cuidados com o bebê e a amamentação (BARREIRA; MACHADO, 2004; PONTES; ALEXANDRINO; OSÓRIO, 2009). Os componentes do núcleo familiar são os principais responsáveis pela maior parcela de influência no processo de amamentar, sendo os avós, os companheiros e as figuras femininas, como as tias, os mais citados como apoiadores dessa prática (CAETANO; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2011).

A participação dos familiares é considerada de extrema relevância para a lactante, pois a mesma se sente amada, acolhida, segura e mais confiante para amamentar seu filho (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2009; PRIMO et al., 2015). Um maior apoio familiar está relacionado com uma maior chance de AM por um período mais prolongado (MORGADO; WERNECK; HASSELMANN, 2013).

Outras pessoas significativas para a nutriz, como os amigos e vizinhos, também são consideradas importantes e relevantes para a continuidade desse processo. O suporte recebido pela mulher é fundamental para o estabelecimento e continuação da amamentação. Elencando-se principalmente o apoio material, auxílio nas tarefas domésticas e ajuda para cuidar da criança, principalmente nos primeiros meses após o parto (MORGADO; WERNECK; HASSELMANN, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar os fatores que influenciam na prática do aleitamento materno na visão da puérpera.

3.2 Objetivos específicos

- Obter dados acerca do conhecimento materno sobre a importância do aleitamento materno;
- Obter dados acerca das orientações recebidas sobre o aleitamento materno, durante as consultas de pré-natal;
- Analisar as influências do planejamento da gestação e da rede de apoio na prática do aleitamento materno.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritivo, do tipo narrativa de vida. A pesquisa qualitativa, amplamente narrativa, baseia-se em dados coletados a partir da linguagem e do comportamento (SANTOS; NEVES; CARNEVALE, 2016). Esse tipo de pesquisa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o indivíduo, logo, infere-se que existe um vínculo entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (LIMA; MOREIRA, 2015).

De um modo mais particular, o uso de narrativas tem como objetivo o relato de um acontecimento de modo sequencial, apresentando essencialmente: enredo (conjunto de fatos), personagens (quem faz a ação), o tempo, o espaço (lugar onde se passa a ação) e o ambiente (espaço constituído pelas características socioeconômicas, psicológicas e morais, ou seja, corresponde a comunidade onde o indivíduo está inserido). Nesse âmbito, o sujeito expressa seus sentimentos, perspectivas e experiências de modo coerente e com ordem significativa (SILVA; TRENTINI, 2002).

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), pertencente a cidade de Maceió, capital do estado de Alagoas. O presente hospital é referência em diversas áreas clínicas no estado, como oncologia, gravidez de alto risco e nefrologia. É considerado hospital-escola contribuinte para a formação de uma variada gama de profissionais, em cursos como enfermagem, medicina, nutrição, psicologia, entre outros da área da saúde. A obtenção dos dados da pesquisa foi realizada no setor Alojamento Conjunto (ALCON) da Maternidade do HUPAA.

De acordo com dados obtidos através do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e o Serviço de Vigilância Epidemiológica pertencentes ao HUPAA, o setor do Alojamento conjunto de janeiro de 2018 a janeiro 2019 apresentou uma média de aproximadamente 239 altas. O setor apresenta distribuição de 27 leitos direcionados as puérperas (binômio mãe e filho) e 27 leitos direcionados a gestantes de alto risco clinicamente estáveis, as quais são internas para retardo do trabalho de parto, em caso de complicações gestacionais.

4.3 Participantes do estudo

As participantes da pesquisa foram puérperas internadas no setor alojamento conjunto, durante os meses de novembro e dezembro de 2019, que atenderam ao critério de inclusão estabelecido previamente.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Critério de inclusão: puérpera internada no setor de alojamento conjunto do HUPAA, independentemente do tempo de internação.

Critérios de exclusão: puérpera com idade inferior a 18 anos; puérpera com enfermidade que contraindique a amamentação; puérpera fazendo o uso de medicamento incompatível com o aleitamento materno, como antineoplásicos e radiofármacos; puérpera cujo o recém-nascido esteja internado na UTI neonatal; puérpera que se negar a participar da pesquisa.

4.5 Aproximação do sujeito

As participantes da pesquisa foram 30 puérperas internadas no setor alojamento conjunto, durante os meses de novembro e dezembro de 2019, que atenderam ao critério de inclusão estabelecido previamente e que aceitaram participar do estudo. Foram selecionadas através de aproximação individualizada em seus próprios leitos de internação, sendo questionadas diretamente acerca de seu quadro clínico, visando a seleção quanto os critérios de inclusão e exclusão. Houve uma explicação breve dos pontos constituintes do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela participante e pela pesquisadora em duas vias idênticas (APÊNDICE A).

4.6 Coleta de dados

Os dados foram coletados através de entrevista com roteiro semiestruturado (APÊNDICE B) com 30 puérperas que aceitaram participar previamente da pesquisa e inclusas nos critérios necessários, durante os meses de novembro e dezembro de 2019. Houve a assinatura do TCLE pela pesquisadora e pela puérpera participante.

A entrevista apresentou caráter individual, em ambiente reservado e apoiou-se na técnica de narrativa de vida. Reservou-se o tempo de 30 minutos para a realização

da mesma, para que as participantes pudessem se expressar de modo calmo e tranquilo. O tempo médio de duração das entrevistas foi de aproximadamente 5 minutos e 2 segundos.

Durante a entrevista e com consentimento da participante, o áudio foi captado por recurso de gravação de voz, através de aparelho celular, para posterior transcrição. A confidencialidade das participantes foi mantida em todas as etapas da pesquisa, garantindo o sigilo quanto a sua identidade, cujos depoimentos foram transcritos na íntegra e identificados com a letra P de puérpera, seguida pelo número ordinal destinado a cada participante conforme eram entrevistadas: **P1**, **P2**, **P3** e assim sucessivamente.

4.7 Análise dos dados

A análise dos dados se deu por meio da proposta operativa de análise temática de Minayo (2014) que consiste em definir e descobrir os núcleos de sentido presentes em uma comunicação. Essa análise apresenta três etapas principais: pré-análise – que consiste na sistematização das ideias iniciais, considerando as questões norteadoras e os objetivos iniciais da pesquisa; exploração do material – operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão textual, objetivando o encontro de categorias; tratamento dos resultados obtidos e interpretação – pesquisador propõe interferências e realiza interpretações, relacionando com o contexto teórico previamente estabelecido, além de criar novas dimensões.

Em relação a pré-análise, os arquivos de mídia digital contendo as entrevistas foram transcritos na íntegra em programa textual Microsoft Word 2017®, sendo separadas e ordenadas de acordo com as participantes e as respostas correspondentes a cada pergunta do roteiro semiestruturado, apresentando como total nove questões norteadoras. Essa etapa também contemplou a leitura inicial dos conteúdos das entrevistas e a tabulação dos dados de caracterização da amostra no programa Microsoft Excel 2017®.

A exploração do material se deu por meio de leitura exaustiva das entrevistas, buscando o estabelecimento de coerência das informações. Houve um recorte inicial das ideias centrais dos conteúdos presentes nas entrevistas, visando a identificação de ideias comuns entre as falas das participantes, buscando a determinação das categorias. Posteriormente, ocorreu o recorte de cada entrevista de acordo com as

relevâncias e semelhanças, objetivando o estabelecimento de conexões entre as mesmas e a significação dos conteúdos das falas (MINAYO, 2014).

Após essa fase, os dados foram agregados, gerando a especificidade de cada tema. Dessa forma, as ideias foram agrupadas em quatro categorias: influências do planejamento da gestação e rede de apoio; influências da assistência pré-natal e dos profissionais no aleitamento materno; expectativas maternas e conhecimento sobre a amamentação; a importância da amamentação na visão materna.

4.8 Aspectos éticos

Os dados foram coletados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sob o parecer de nº 3.692.373 (ANEXO A) e nº CAAE 19386019.6.0000.5013, além de assinatura, pela pesquisadora e pela puérpera, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias idênticas, uma destinada a pesquisadora e a outra a participante do estudo.

Durante a pesquisa, os aspectos éticos foram adotados em todas as fases do estudo. De acordo com os pressupostos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, o respeito à dignidade humana deve ser considerado em pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Deve-se considerar os princípios da bioética, como a autonomia, não maleficência, justiça, beneficência e equidade, com o objetivo de assegurar os direitos e deveres dos participantes (BRASIL, 2012b).

O presente estudo apoia-se também nos princípios éticos descritos na Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, a qual apresenta as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais, cuja realização envolva a utilização de dados obtidos diretamente com participantes ou informações relacionadas com riscos maiores do que os presentes na vida diária (BRASIL, 2016).

5 RESULTADOS

Foram entrevistadas 30 mulheres no período puerperal, com idades entre 19 e 44 anos, sendo acima de 24 anos a faixa etária prevalente. Quanto ao estado civil, a maioria afirmou estar em união estável, sendo a minoria constituída por casadas, seguida por solteiras. Em relação a escolaridade, a maioria concluiu o ensino médio, seguido por fundamental incompleto e apenas uma das participantes afirmou ter o ensino superior incompleto (tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização das participantes quanto faixa etária, estado civil e grau de escolaridade.

Caracterização das participantes	
Faixa etária*	
Adolescentes jovens (15 a 19 anos)	04
Adultas jovens (20 a 24 anos)	07
Adultas > 24 anos	19
Estado civil	
União estável	13
Casada	09
Solteira	08
Grau de escolaridade	
Fundamental incompleto	08
Fundamental completo	03
Médio incompleto	04
Médio completo	14
Superior incompleto	01

Fonte: Autor, 2019.

*Classificação de acordo com a Organização Mundial de Saúde.

Quanto ao tipo de parto, a cirurgia cesariana foi a mais prevalente, com 18 participantes que realizaram tal procedimento. A grande maioria das entrevistadas teve anteriormente três gestações ou mais, apresentando como minoria as primigestas. Salienta-se que 70% das entrevistadas já possuíam um filho ou mais. O número de meses de acompanhamento pré-natal foi de 6 a 7 meses, pois a maioria relatou iniciar o acompanhamento no início da gestação, em torno do primeiro trimestre (tabela 2).

A maioria das puérperas negou apresentar doenças crônicas. Dentre as que citaram possuir, a maior parte afirmou ter hipertensão (6), seguido por diabetes mellitus (2) e pela ocorrência das duas patologias de modo concomitante (2).

Tabela 2 – Caracterização das participantes quanto tipo de parto, antecedentes obstétricos e meses de acompanhamento pré-natal.

Caracterização das participantes	
Tipo de parto	
Cesariana	18
Vaginal	12
Antecedentes obstétricos	
Primeira gestação	09
Segunda gestação	10
Três ou mais gestações	11
Início do acompanhamento pré-natal	
Primeiro trimestre gestacional	20
Segundo trimestre gestacional	05
Terceiro trimestre gestacional	02
Não teve acompanhamento	03

Fonte: Autor, 2019.

Categoria 1: influências do planejamento da gestação e rede de apoio

A presente categoria diz respeito a influência do planejamento da gestação, da rede de apoio e do convívio familiar no incentivo a prática do AM. Destaca-se nas entrevistas a citação da presença de apoio familiar, tanto na gestação como após o parto, nas falas de todas as participantes do estudo. Todavia, a maior parte das participantes afirmou que a gravidez não foi planejada.

As similaridades presentes nas falas das participantes foram dispostas no quadro de repetição dos dados da presente categoria (quadro 1), onde se observam aspectos relacionados ao apoio familiar e o convívio entre os componentes desse núcleo, planejamento da gestação ou a ausência do mesmo.

Quadro 1 – Agrupamento dos dados similares da categoria 1

Dados das entrevistas	Número de citações
Afirmaram receber o apoio da família na gestação e nos dias atuais.	30
Afirmaram ter um bom convívio entre os componentes do núcleo familiar.	21
Citaram ter um convívio familiar estressante e/ou conflituoso com algum membro do núcleo familiar.	05
Planejaram a gestação.	06

Não planejaram a gestação.	22
----------------------------	----

Fonte: Autor, 2019.

Todas as entrevistadas afirmaram receber apoio da família, tanto durante a gestação como no pós-parto. A maior parte afirmou ter um convívio tranquilo e harmonioso, sendo esse bastante evidenciado. Dentre as que afirmaram ter um bom convívio (70%), elenca-se o desejo de amamentar por pelo menos seis meses, um ano e no máximo dois anos de vida da criança.

[...] recebo (apoio). Tranquilo, maravilhoso o convívio com meu esposo, com todos da família, eles todos [...] (P29)
[...] ahan (recebo). É união, um dá força ao outro [...] (P27)

Observou-se que, apesar de todas relatarem receber apoio da família, algumas participantes afirmaram possuir convívio estressante e conflituoso com alguns dos membros de seu núcleo familiar. As falas posteriores demonstram tais aspectos:

[...] eu recebo da minha mãe e dos meus irmãos. [...] eu moro com meus pais, o meu pai bebe e toda vez que bebe tem briga [...] (P7)
[...] Bom, na minha casa é assim, porque assim, tem as nossas dificuldades né? Eu coloco muito na minha cabeça que quero resolver tudo e as vezes não dá certo [...] é muito estressante [...] (P9)

Em relação ao planejamento da gestação, salienta-se no estudo a ausência do mesmo, em que muitas das entrevistadas atribuíram a descoberta da gravidez como uma surpresa, afirmando a ocorrência da mesma como uma benção divina. Apesar do não planejamento da gestação da maioria das participantes, apenas uma das entrevistadas afirmou ter rejeitado sua gravidez, as demais não citaram sentimentos negativos e relataram estarem felizes com o nascimento de seu filho.

[...] Foi (planejada). Foi e não foi né? Porque eu não tomava remédio né, se não tomava era porque queria né (risos) [...] (P18)
[...] Foi (planejada). Descobri, aí tipo assim, antes eu tinha feito (teste) e não acusou né? Aí depois eu fiz, aí deu tudo certo. Assim, no começo eu fiquei meia assim né? Aí depois eu, sabe de uma coisa? A vinda de uma criança é a melhor coisa que tem né? É um presente de Deus né, é uma benção de Deus [...] (P14)
[...] não (não planejada). Primeiros dias eu assustei né, mas depois foi tranquilo [...] (P7)
[...] num foi não (planejada)... aconteceu né? [...] (P4)

Categoria 2: influências da assistência pré-natal e dos profissionais no aleitamento materno

Esta categoria demonstra a influência da assistência pré-natal no aleitamento materno, refletindo na assistência dos profissionais atuantes em tal contexto, incluindo

o enfermeiro nesse processo. O quadro 2 apresenta os indicativos de repetição dos dados conforme agrupamento de conteúdos similares da presente categoria.

Quadro 2 – Agrupamento dos dados similares da categoria 2

Dados das entrevistas	Número de citações
Realizaram acompanhamento pré-natal com o enfermeiro	20
Realizaram acompanhamento pré-natal exclusivamente com profissional médico	07
Receberam orientações sobre o aleitamento materno nas consultas de pré-natal	19
Receberam orientações sobre o aleitamento materno nas consultas de pré-natal com o enfermeiro	13
Recordaram das orientações recebidas pelo enfermeiro	07
Citaram o enfermeiro como profissional de referência acerca do aleitamento materno	10

Fonte: Autor, 2019.

A maior parte das participantes teve acompanhamento pré-natal com um enfermeiro, mesmo que de modo alternado com o profissional médico. Entretanto, apenas treze afirmaram ter recebido orientações acerca do aleitamento materno e sete se recordaram de pelo menos uma das informações recebidas durante as consultas.

[...] dessa não (não recebeu orientação), acho que não deu nem tempo na verdade né, porque foi pouco tempo, só foi três pré-natal que eu fiz [...] **(P6)**

[...] Não (não recebeu orientação), porque eu tava na oitava consulta, ia começar a falar agora. Eu fui pra uma palestra né? Mas foi também coisa rápida. [...] não, foi dito não, também não deu tempo né (risos) **(P10)**

Sobre as orientações recebidas, a mais citada foi acerca da importância do AM, sendo essa muito associada com a prevenção de doenças, seguida pelas informações sobre pega e posicionamento adequados. Algumas dessas orientações foram evidenciadas nos depoimentos a seguir:

[...] Com a médica e com a enfermeira, fiz com os dois. [...] foi (no posto), era mais ou menos assim (um mês para um e para outro). Só que eu gostava de ir mais pra médica, porque as vezes eu tinha mais dificuldade, alguma coisa pra passar e as vezes a enfermeira não podia, ela me orientava [...]. A enfermeira eu gostava muito porque conversava mais, dialogava mais do que a médica [...] **(P9)**

[...] Teve (orientação). [...] quando peito tava doído né, aí tem que molhar com o próprio leite, pra não usar nada no peito **(P8)**

[...] Uhum. Falaram sobre a posição e que eu estimulasse, que fosse estimulando o peito pra ter leite e a alimentação também né (P26)

[...] Falou a importância (da amamentação), que no começo é pra ter paciência, que as vezes demora pra pegar, mas que é muito importante pro bebê (P19)

[...] Ahan. Que era importante fazer a amamentação, ficavam falando assim. Amamentação é importante pra bebê né? Pra prevenir alguns tipos de doenças. Eu acho que é assim [...] (P13)

Em relação ao profissional mais indicado e visto como referência a respeito da temática do aleitamento materno, dentre as participantes do estudo, dez citaram o enfermeiro. Das demais, quinze citaram o profissional médico como referência, sendo a especialidade pediatria a mais citada. Por fim, três afirmaram ter desconhecimento sobre o profissional mais indicado, uma afirmou buscar informações *online* e uma afirmou que tem experiência suficiente sobre o assunto.

[...] a enfermeira (é a mais indicada). Ela fala tanto sobre isso (aleitamento) [...] (P8)

[...] na realidade, eu vou pro google (risos). Não vou mentir né, qualquer dúvida que eu tenho (sobre amamentação) eu sempre vou lá [...] (P16)

Categoria 3: expectativas maternas e conhecimento sobre a amamentação

A presente categoria aborda as expectativas maternas em relação a amamentação, considerando a visão de puérperas em sua primeira gestação, segunda e também nos casos de multigesta. Nesse âmbito, há o relato das experiências acerca do ato de amamentar, das dificuldades no processo e sobre os autocuidados realizados pelas participantes. O quadro 3 apresenta os indicativos de repetição dos dados, conforme agrupamento de conteúdos similares.

Quadro 3 – Agrupamento dos dados similares da categoria 3

Dados das entrevistas	Número de citações
Afirmaram que irão amamentar até os dois anos da criança	07
Afirmaram que irão amamentar até um ano ou menos	11
Não determinaram um tempo específico para amamentar	09
Acreditam que até os 6 meses apenas o leite materno é suficiente	12
Acreditam que até os 6 meses apenas o leite materno não é o suficiente	10
Relataram alguma dificuldade para amamentar	23
Realizaram algum autocuidado para amenizar/diminuir as dificuldades do processo	12

Fonte: Autor, 2019.

Em relação ao tempo que pretendem amamentar, a maioria das entrevistadas citou o período entre seis meses e um ano de idade. Dentre essas, seis já possuíam um filho ou mais e cinco não possuíam nenhum outro filho. Como causa para a interrupção do AM, apenas o retorno ao trabalho foi citado, principalmente em decorrência do fim da licença maternidade. Outras participantes afirmaram não ter estabelecido um tempo exato para amamentar, afirmando que iriam realizar a prática até a criança não querer mais ou até quando houver ausência da produção de leite.

Dentre todas as participantes, sete demonstraram ter interesse em praticar o aleitamento materno até os dois anos de idade da criança. Evidencia-se que, desse grupo, todas as puérperas já possuíam um filho ou mais.

[...] Até a idade correta. Mulher... até dois anos mais ou menos falaram né? (risos) mas se ele quiser mais, eu vou dar [...] (P25)

[...] eu gosto muito de amamentar, eu tendo leite [...] tem gente que fica ah... sem paciência, eu tenho o maior amor... assim, tenho o maior é... eu gosto, tenho o maior prazer de amamentar, assim até pra ele mesmo, pra mim também né, porque você não vai tá em fogo, nem gastando, porque você já com aquela coisa pronta ali, uma coisa que você sabe que é saudável né pra ele [...] (P29)

[...] eu vou amamentar até os cinco meses, porque são os quatro da licença que eu tô e mais um das férias, depois infelizmente eu tenho que voltar a trabalhar [...] (P6)

[...] Até quando eu tiver (leite). [...] assim, eu sei que vai ter a idade que vai ter que tirar né, que eu acho que vai ser um pouquinho complicado [...] (P16)

Quanto ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses, doze das participantes indagadas afirmaram que apenas o leite materno é suficiente, sem a necessidade de qualquer outro tipo de alimentação. Das doze, a maioria já possuía um filho ou mais, apenas duas não possuíam nenhum filho anterior.

O leite materno não foi considerado suficiente nos seis primeiros meses para dez participantes, em que, seis já possuíam um filho ou mais e quatro não possuíam mais nenhum filho, além do atual. As puérperas afirmaram a necessidade de introdução de outro tipo de leite, água e outros alimentos.

[...] Mulher, eu acho, porque os outros eles não comeram antes de seis meses, eu não dava nem água a eles, só amamentação e até hoje eles são aquelas crianças saudável, aquela pele saudável, diferente... aí eu acho que até os seis meses não precisa dar nada, porque os outros (filhos) foram assim né, esse aqui não vai ser diferente [...] (P29)

[...] Eu acho que só o leite materno é suficiente, é o principal pra criança [...] (P11)

[...] é não (suficiente), tem que dar outro leite a ela, vê que leite pode dar a ela, porque as vezes o meu leite pode acabar né? [...] (P28)

[...] acho que é mito isso. Tipo assim, só o peito (até 6 meses)? Não, acho que pode dar outra coisa [...] (P17)

[...] Tem que introduzir outros alimentos, até pra quem já vai começar a trabalhar, porque eu tenho só quatro meses de licença, aí eu já tenho que começar a dar antes, mas eu não quero deixar de dar o leite materno [...] (P26)

Em relação as dificuldades existentes no processo de amamentar, aproximadamente 76,6% das puérperas afirmaram ter algum tipo de dificuldade, dentre estas, destacam-se: ardência, ferida mamilar, dificuldade com a pega, inchaço nas mamas e dor mamilar.

Doze realizaram algum tipo de autocuidado visando a diminuição de tal dificuldade, sendo citado o uso do próprio leite materno como cicatrizante, banho de sol, retirada do leite e massagem nas mamas. Dentre as que realizaram algum autocuidado, nove já possuíam pelo menos um filho ou mais e três estavam vivenciando a maternidade pela primeira vez. Sobre as dificuldades e autocuidado, destacam-se:

[...] doi é... porque o meu peito já tá ferido [...] (mama) no peito mesmo, porque só sai uma “aguazinha”, não tem leite ainda. [...] as vezes ele pega, as vezes num pega, mas tem um problema, por causa que tá ferido, aí quando diz que tá ferido é porque não tá pegando direito [...]

(P2)

[...] Das outras gravidez, eu já sabia que colocar o leite assim em cima do peito já cicatriza, que é cicatrizante, colocar no sol também [...] (P9)

Categoria 4: a importância da amamentação na visão materna

A presente categoria explana sobre a visão materna acerca da importância do aleitamento materno. O quadro 4 apresenta os indicativos de repetição dos dados conforme agrupamento de conteúdos similares da presente categoria, visando o agrupamento de falas e ideias similares.

Quadro 4 – Agrupamento dos dados similares da categoria 4

Dados das entrevistas	Número de citações
Afirmaram que o aleitamento materno é importante	29
Afirmaram que o aleitamento materno é importante para a saúde da criança	14
Afirmaram que o aleitamento materno é importante porque previne doenças	07
Afirmaram que o aleitamento materno é importante pro crescimento, desenvolvimento e/ou inteligência da criança	07

Não considerou a amamentação importante	01
---	----

Fonte: Autor, 2019.

O AM foi considerado importante por 29 das 30 puérperas entrevistadas no estudo. Dentre os motivos elencados, o principal deles foi a saúde da criança, seguido pela prevenção de doenças e pela interferência no crescimento, desenvolvimento e inteligência. Em relação aos benefícios maternos, apenas três das participantes afirmaram amamentar importante para a mãe, associando tal importância ao útero e a prevenção do câncer de mama.

Em contrapartida, quando questionadas sobre o porquê de tal afirmativa, 48,3% justificaram de modo mais amplo, citando a saúde da criança como fator importante, sendo essas colocações muito associadas com a concepção de prevenção de doenças (24,1%). Elenca-se tais depoimentos a seguir:

[...] Porque eu acho assim né que a saúde da criança é a amamentação também né, é em primeiro lugar. É porquê... é tipo como se fosse um remédio né [...] (P28)

[...] Porque assim, é uma vida né, que você tá dando, pelo filho, pela saúde dele, é difícil adoecer, pro bem dele né. Eu acho muito importante (amamentar) [...] (P29)

[...] Porque o leite materno é a base de tudo praticamente pro bebê, quanto mais ele mamar, melhor ele vai ser no crescimento dele, pra não ter doenças [...] (P19)

Evidencia-se nos depoimentos o fato de que os benefícios da amamentação também estariam voltados para o crescimento, desenvolvimento e inteligência da criança. Dentre as falas das participantes, destacaram-se:

[...] considero essencial pro crescimento e desenvolvimento, e é o que ele pode ingerir desde o início até uns seis meses [...] (P1)

[...] Com certeza (é importante). Porque é onde vai se desenvolver a criança, toda proteína que ela precisa tá ali, como já é explicado né? Tudo que ela precisa tá ali pra crescer saudável [...] (P10)

[...] Com certeza (é importante). Porque a amamentação deixa a criança mais assim, tipo a criança cresce mais saudável, mais inteligente [...] (P11)

[...] Porque o leite materno é a base de tudo praticamente pro bebê, quanto mais ele mamar, melhor ele vai ser no crescimento dele, pra não ter doenças [...] (P19)

6 DISCUSSÃO

Analisando as características sociais, a faixa etária mais prevalente foi de maiores de 24 anos, correspondendo a aproximadamente 63,3% das entrevistadas. De acordo com estudos realizados por Margotti e Margotti (2017), Asemahagn et al. (2016) e Frota et al. (2016), a idade constitui-se como um fator de proteção para o AM, considerando que mães com idade superior a 30 anos tendem a amamentar por mais tempo, possivelmente por possuírem mais conhecimento e maior experiência acerca da temática.

Nesse contexto, oito das participantes apresentaram idade superior a 30 anos, dentre essas, quatro afirmaram não ter estabelecido um tempo específico para amamentar, duas pretendem amamentar por um ano ou menos, uma não pretende amamentar e uma pretende amamentar por dois anos. Desse modo, observa-se que tais resultados convergem com os estudos supracitados.

De modo geral, das 19 participantes do presente estudo com idade superior a 24 anos, notou-se que a maioria alegou o desejo de amamentar e duas afirmaram não possuir vontade de praticar o AM em decorrência das dificuldades e experiências negativas anteriores.

Enfatiza-se que, para o início e continuidade do AM, também estão implicadas as experiências anteriormente vivenciadas pelas mulheres, seus conhecimentos em relação ao processo e sobre sua própria condição de nutriz, além das dificuldades enfrentadas e inseguranças (SILVA et al., 2015). Em estudo realizado por Xavier, Nobre e Azevedo (2015), a experiência com o AM não se mostrou positiva para algumas das participantes. Dentre as questões levantadas pelas mesmas, destacam-se: cansaço, dor ao amamentar, desgaste e a não confiança no leite materno como único alimento até os seis meses.

Associando-se o estado civil e o AM, das entrevistadas que afirmaram possuir algum tipo de relacionamento, se notou a pretensão de amamentar pelo período de seis meses até dois anos. Porém, uma das participantes citou não querer praticar o AM por causa de experiências frustrantes e negativas do passado.

Em pesquisa realizada por Pérez-Escamilla, Segura-Millán e Dewey (1995) observou-se que a duração da AM aumentou nos casos de mães que tinham um parceiro morando junto. Estudos mais recentes também demonstram essa tendência, em que o apoio paterno no ato de amamentar é visto como um fator protetor do AM,

já que o pai é considerado um influenciador na decisão materna de amamentar e na continuidade do processo (SALVADOR et al., 2012; SILVA; SANTIAGO; LAMONIER, 2012; TEWABE et al., 2017; MARGOTTI; MARGOTTI, 2017). Salienta-se que a estabilidade conjugal dos pais é considerada como um fator que influencia positivamente no processo de aleitamento materno (MARGOTTI; MARGOTTI, 2017).

Considerando o grau de escolaridade, 46,6 % das participantes relataram possuir o ensino médio completo. Em relação a temática do AM, independente do grau de escolaridade, a maioria das entrevistadas afirmou que essa prática é importante.

As participantes com pelo menos 8 anos de estudos correspondem a 73,3% do total e, dentre essas, observou-se como prevalente a vontade de praticar o AM pelo período de seis meses até um ano da criança. Nesse âmbito, diversos estudos mostraram que a escolaridade é um fator positivo para a proteção do AM, sendo essa prática efetiva em mulheres com maior grau de ensino, ou seja, com mais anos de estudos (BEZERRA et al., 2012; SOUZA et al., 2012; VIEIRA et al., 2014; BOFF et al., 2015; MARGOTTI; MARGOTTI, 2017).

Em relação as características obstétricas e clínicas, o tipo de parto da maioria das puérperas foi a cirurgia cesariana, sendo mais da metade da amostra, correspondendo a 60%. Elencando-se a relação entre o tipo de parto e o AM, das participantes que realizaram a cirurgia cesariana, apenas uma citou não possuir interesse em realizar o AM, as demais afirmaram ter a intenção de manter o AM por pelo menos seis meses e até dois anos de idade. Em pesquisas realizadas por Batal e Boulghaurjian (2005) e Theofilogiannakou (2006), a cesariana apresentou-se como uma barreira, principalmente no que diz respeito a iniciação do AM.

Quanto aos antecedentes obstétricos, a maioria das entrevistadas teve anteriormente três gestações ou mais, apresentando como minoria as primigestas. Apenas duas participantes relataram abortos anteriores. Dessa maneira, 70% das entrevistadas já possuíam um filho ou mais. Das primigestas, notou-se conhecimento reduzido sobre o AME e grande parte relatou o intuito de amamentar por um ano ou menos.

Estudos afirmam que existe uma associação frequente entre primeira gestação, redução da prática do AME e o desmame precoce (SALUSTIANO et al., 2012; SOUZA et al., 2012; BARBIERI et al., 2015). No caso das primigestas do presente estudo, a

prática do AM foi citada como secundária a outras prioridades maternas, como retorno ao trabalho.

No contexto do planejamento da gestação, a maioria das gestações não foi planejada. Dentre as puérperas que afirmaram não terem planejado a gestação, o desejo de amamentar foi bastante evidente em grande parte das entrevistadas. A respeito da temática, estudos evidenciam que o planejamento da gestação interfere significativamente no tempo de AM (BRASILEIRO et al., 2010; VIEIRA et al., 2004) e no início da prática (ULEP; BORJA, 2012). Em trabalho realizado por Conceição e Fernandes (2015), não houve diferença estatisticamente significativa entre o tempo de AM, as mães que planejaram a gestação e as que não planejaram.

Considerando o contexto de inserção da nutriz, notou-se que todas as participantes afirmaram receber apoio familiar desde a gestação até os dias atuais. Pesquisas afirmam que a presença de apoio familiar efetivo é considerada como um dos fatores de proteção para o AM. Ademais, estudos demonstram considerável influência da família no AM, visto que, o ato de amamentar é o somatório de atitudes adquiridas socialmente e pelo suporte que a mulher tem da família e da comunidade. Desse modo, as mães tornam-se muito suscetíveis às influências externas (DODT et al., 2013; FONSECA-MACHADO et al., 2012).

Em relação ao convívio familiar das participantes do estudo, elenca-se a prevalência do bom convívio e a vontade de amamentar pelo período de pelo menos seis meses até dois anos de vida da criança. Ressalta-se que a prática da amamentação é bastante influenciada pelo meio de inserção da lactante. Haja vista que, para que ocorra um processo de AM contínuo e eficaz, a mãe necessita de suporte familiar e constante incentivo. Assim, a opinião e o apoio das pessoas que a cercam, sobretudo dos companheiros, avós da criança e outras pessoas significativas, são de extrema importância para o progresso da amamentação (BRASIL, 2009).

Em estudo realizado por Nobrega et al. (2019) constatou-se que a rede de apoio materna, principalmente por parte da família nuclear, possui uma relação muito significativa para as lactantes, destacando o parceiro (pai) e a mãe (avó) como os integrantes mais influentes na rede social da nutriz, podendo aturarem como apoiadores ou não da prática do AM.

Contudo, a inserção do binômio em um contexto estressante pode interferir significativamente na continuidade do AM. Uma vez que, há evidências da associação

entre o desmame precoce e situações estressantes no núcleo familiar, principalmente de teor conjugal e financeiro (LI et al., 2008; DOZIER et al., 2012).

Além disso, a amamentação, entre tantos aspectos, envolve o apoio de familiares e também dos profissionais de saúde, sendo esses essenciais para o manejo das dificuldades vivenciadas pelas mulheres e suas famílias (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015). Elenca-se que as consultas no período gravídico são consideradas ocasiões essenciais para o fortalecimento da rede de apoio, empoderamento feminino e orientações acerca do AM, sendo o enfermeiro profissional fundamental nesse contexto (SARDINHA et al., 2019).

Observou-se, na presente pesquisa, escassez em relação as orientações sobre o AM durante as consultas de pré-natal. Hockenberry e Wilson (2011) mostraram em seu estudo que de 21 mulheres participantes, apenas 6 foram orientadas por enfermeiros sobre a amamentação durante a realização dos pré-natais. Tal fato foi considerado preocupante, pois a assistência de enfermagem durante o pré-natal e puerpério deve ser realizada de modo efetivo, visto que, são períodos primordiais para o incentivo e a continuidade da amamentação.

As orientações e preparo das mulheres para o AM, durante o período pré-natal, comprovadamente contribuem para o sucesso dessa prática. Segundo Bueno et al. (2003) o tempo de duração da amamentação aumenta quando a mulher recebe aconselhamento sobre a temática. Logo, é imprescindível que as gestantes e suas redes de apoios sejam orientadas quanto aos inúmeros benefícios da lactação, as desvantagens da introdução precoce de outros alimentos e sobre técnicas que facilitem a habilidade e confiança na hora da amamentação (SIQUEIRA et al., 2015).

A partir dos depoimentos das participantes, notou-se significativa influência do enfermeiro e do médico em relação a temática do AM, circunstância que pode estar relacionada com o fato desses profissionais terem constante contato com as gestantes durante as consultas pré-natais, principalmente no âmbito da atenção primária.

Em relação ao AM e os profissionais de saúde, é importante que exista a valorização do trabalho em equipe, comunicação eficaz e aperfeiçoamento de habilidades múltiplas, sobretudo no contexto interdisciplinar e cooperativo (MOTTA, 2001). Uma vez que, as ações de incentivo, promoção e apoio ao AM devem ocorrer no conjunto das intervenções dos profissionais de saúde, durante a assistência pré-natal, parto e puerpério. O papel do profissional é relevante na decisão da mulher em

praticar o AM, já que o mesmo pode oferecer orientações sobre a amamentação durante todo o ciclo gravídico-puerperal (OLIVEIRA; GOMES, 2009; ROCHA, 2010).

Em contrapartida, segundo pesquisa de Almeida, Luz e Ued (2015), rotineiramente é possível observar nos serviços de saúde o trabalho isolado dos profissionais, os quais não desenvolvem suas funções de maneira integrada com os demais membros da equipe de saúde. Dessa maneira, a falta de uma abordagem comum, coordenação e cooperação entre os profissionais é um problema que atrapalha a confiança das mulheres em relação a amamentação, podendo impactar e contribuir para a diminuição da duração dessa prática e influenciar negativamente na manutenção e duração do AME (FIALHO et al., 2014).

Salienta-se que diversos estudos afirmam que a amamentação é ainda um desafio para o profissional de saúde, desconsiderando a área de atuação e formação acadêmica, visto que, o mesmo se depara com uma demanda para o qual, na maioria das vezes, não foi qualificado e que exige sensibilidade e habilidades em suas condutas. Conseqüentemente, o despreparo dos profissionais pode refletir em mães também despreparadas, ansiosas e inseguras (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015; SILVA; PESSOA, 2012; ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

Sobre o tempo de continuidade do AM, apesar de algumas mães não terem estabelecido um tempo específico para amamentar, os conteúdos das falas foram positivos quanto a continuidade do processo. As puérperas que possuíam mais de um filho demonstraram interesse em amamentar por até dois anos. Sobre o assunto, de acordo com Bakoula et al. (2007), mães com maior número de filhos podem ter mais maturidade ou experiência para nutrir seus filhos, considerando que a experiência prévia esteja associada com uma maior duração da amamentação.

O retorno ao trabalho foi citado como causa para a redução do tempo de amamentação por algumas das entrevistadas. Pesquisas realizadas por Niquini et al. (2009), Vitor et al. (2010), Demétrio, Pinto e Assis (2012) e Silva (2013) afirmam a existência de uma associação negativa entre o retorno ao trabalho e o maior risco de interrupção precoce do AM, além da introdução de leite artificial.

Todas as participantes consideraram o AM importante, mas notou-se que algumas das mães afirmaram que apenas o leite materno não é suficiente nos seis primeiros meses, sendo necessária a introdução de leite artificial e outros alimentos. Estudos afirmam que, apesar das mães reconhecerem a importância do AM, ainda é

notória a introdução precoce de chás, leites, água, chupetas e mamadeiras (FROTA et al., 2009; MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011; APARECIDA et al., 2014; AMARAL et al., 2015; MORAES et al., 2016).

Acerca das dificuldades no processo de amamentar, foi notória a ocorrência prevalente de dor mamilar e ingurgitamento mamário. Parte das participantes não realizou nenhum tipo de autocuidado em relação a tais problemas, alegando desconhecimento sobre o assunto e que aguardaria até a resolução natural do problema. Desse modo, é possível supor que tal fato possa estar relacionado com a falta ou mínimas orientações recebidas durante as consultas de pré-natal.

Tal resultado é evidenciado também em estudo realizado por Aparecida et al. (2014) em que, das 29 mães entrevistadas, 55,2% apresentaram fissura mamilar, dentre essas, 37,9% não realizaram nenhum tipo de cuidado. Além do mais, em estudo realizado por Amaral et al. (2015) os relatos maternos também apontaram falta de preparo das mesmas para identificar e buscar soluções frente às dificuldades existentes na amamentação.

Em pesquisa realizada por Amaral et al. (2015), se evidenciou, dentre as dificuldades relatadas pelas participantes, a relutância de pega da mama por parte do lactente e o posicionamento inadequado. Quanto a ocorrência da dor mamilar, puérperas participantes de um estudo longitudinal relataram dor e outras dificuldades durante o AM (HAWLEY et al., 2015).

Nesse âmbito, Araujo et al. (2008) afirma que o aparecimento da dor durante a prática do AM contribui significativamente para a efetivação do desmame precoce. Assim, algumas medidas podem ser adotadas visando a prevenção de traumas e a minimização dos mesmos, como: realização de ordenha manual quando a mama estiver ingurgitada, manutenção dos mamilos secos e limpos, e uso do leite materno – principalmente nos casos de fissuras (BRASIL, 2011).

Elenca-se que, se essas inconformidades não forem precocemente identificadas e tratadas, podem ser importantes causas de interrupção da amamentação (BRASIL, 2015).

A respeito da importância do AM, todas as participantes reconheceram a prática da amamentação como fundamental, principalmente para a saúde da criança, prevenção de doenças e crescimento e desenvolvimento infantil. Apesar dos inúmeros benefícios cientificamente comprovados da prática do AM, o mesmo ainda é bastante

associado a prevenção de doenças. Em pesquisas realizadas por Komarsson et al. (2008), Takushi et al. (2008), Frota et al. (2009) e Amaral et al. (2015), observou-se a significativa associação do leite materno e a prevenção de enfermidades.

Além dos benefícios citados pelas participantes do estudo, as importâncias atribuídas ao leite humano se devem principalmente ao seu valor nutricional e imunológico para os lactentes. Já que, a prática da amamentação promove benefícios psicológicos tanto para a mãe quanto para o bebê, contribuindo para a formação de vínculo afetivo entre ambos (TAMEZ, 2017). Além de favorecer o desenvolvimento saudável do bebê, o leite materno reduz a morbimortalidade infantil, estimando-se que, nos países em desenvolvimento, 1,47 milhões de vidas poderiam ser salvas se a recomendação do AME até os seis meses fosse rigorosamente cumprida (BRASIL, 2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostraram que a maioria das participantes apresentou mais de 24 anos de idade e a união estável foi o estado civil mais prevalente. Quanto o grau de escolaridade, o ensino médio completo contemplou a maior parte das participantes. A cesariana foi o tipo de parto que mais se destacou. Em relação aos antecedentes obstétricos, a maioria das entrevistadas teve três ou mais gestações. O início do acompanhamento pré-natal ocorreu no primeiro trimestre para a maior parte das participantes. Dessa forma, observou-se que a faixa etária, grau de escolaridade, estado civil, quantidade de filhos e acompanhamento através de consultas pré-natais são fatores que podem interferir principalmente na continuidade do AM.

Todas as participantes afirmaram receber apoio familiar. A maioria das gestações não foi planejada. Destacaram-se as influências positivas da rede de apoio e do convívio familiar no incentivo e continuidade da amamentação, sendo esses aspectos essenciais para a contextualização dos aspectos sociais da mulher.

Sobre o conhecimento materno acerca da temática do AM, o mesmo foi considerado importante para a maioria das participantes, principalmente para a prevenção de doenças e para o crescimento e desenvolvimento infantil. Todavia, constatou-se o desconhecimento materno acerca do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e da capacidade do leite materno em suprir todas as demandas do lactente.

As dificuldades citadas no processo de amamentar foram: ardência, ferida mamilar, dificuldade com a pega, inchaço nas mamas e dor mamilar. Evidenciou-se reduzido conhecimento materno sobre autocuidados a serem realizados para diminuir tais problemáticas.

O(a) enfermeiro(a) foi o profissional que acompanhou a maior parte das participantes durante as consultas pré-natais, em contrapartida, notou-se escassez de aconselhamentos e orientações sobre o AM. Nesse contexto, esse estudo deixa como contribuição a certeza de que, o(a) enfermeiro(a) da assistência pré-natal em integração com os demais profissionais desse âmbito podem ser agentes de mudança, modificando gradativamente o conhecimento materno sobre o AM e a consequente continuidade dessa prática.

REFERÊNCIAS

- ALGARVES, T. R.; JULIÃO, A. M. S.; COSTA, H. M. Aleitamento materno: influência de mitos e crenças no desmame precoce. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 2, n. 1, art. 10, p. 151, 2015.
- ALMEIDA, J. M.; LUZ, S. de A. B.; UED, F. da V. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 33, n. 3, p. 355-62, 2015.
- ALVES, S. M. A. L. **Grupos de apoio "Mãe para Mãe": Percursos e vivências da amamentação e implicações na Educação para a Saúde**. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação Universidade do Minho, Instituto de Educação: Área de Especialização em Educação para a Saúde. Portugal, 2011.
- AMARAL, L. J. X. et al. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, p. 127-134, 2015.
- APARECIDA, K. R. M. et al. Percepção das mães em relação ao aleitamento materno no período do pós-parto. **ABCS Health Sci.**, v. 39, n. 3, p. 146-152, 2014.
- ARAUJO, S. M. et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 2, 2010.
- ARAUJO, O.D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 4, p. 488-492, 2008.
- ARAUJO, M. D. S.; OKASAKI, E. L. F. J. A Atuação da Enfermeira na Consulta do Pré-Natal. **Revista de Enfermagem Universidade Santo Amaro**, v. 8, 2007.
- ARAUJO, R. M.; ALMEIDA, J. A. Breastfeeding: the challenge to understand the experience. **Rev. Nutr.**, v. 20, p. 431-438, 2007.
- ASEMAHAGN, M. A. Determinants of exclusive breastfeeding practices among mothers in azezo district, northwest Ethiopia. **International Breastfeeding Journal**, Londres, v. 11, n. 22, 2016.
- ASFAW, M. M.; ARGAW, M. D.; KEFENE, Z. K. Factors associated with exclusive breastfeeding practices in Debre Berhan District, Central Ethiopia: a cross sectional community based study. **International Breastfeeding Journal**, Londres, v. 10, n. 23, 2015.
- BAKOULA, C. et al. Working mothers breastfeed babies more than housewives. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 96, n. 4, p. 510- 515, 2007.
- BARBIERI, M. C. et al. Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 17-24, 2015.

BARREIRA, S. M. C.; MACHADO, M. F. A. S. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. **Acta Scientiarum**. Health Sciences. Maringá, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2004.

BATAL, M.; BOULGHAURJIAN, C. Breastfeeding initiation and duration in Lebanon: are the hospitals “mother friendly”. **J. Pediatr. Nurs.**, v. 20, n. 1, p. 53-59, 2005.

BEZERRA, V. L. V. A. et al. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 173-179, 2012.

BOCCOLINI, C. S. et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 2017.

BOFF, A. D.G. et al. Aspectos socioeconômicos e conhecimento de puérperas sobre aleitamento materno. **Audiol. Commum. Res.**, v. 20, n. 2, p. 141-145, 2015.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos ESP – Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 1, n. 1, 2005.

BRANDÃO, A. M. O. **Aleitamento materno**. Organizado por: Francisco José Passos Soares, Pajuçara Maria Guimarães Marroquim. Maceió: EDUFAL, 2005.

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.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas da Saúde. Área de Saúde da Criança. **Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, v. 1, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas da Saúde. Área de Saúde da Criança. **Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Lei nº. 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial de União**, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, manual técnico**; Brasília. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas da Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.051, de 8 de novembro de 2000. Novos critérios da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1986.

BRASILEIRO, A. A. et al. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. **Cad. Saúde Pública** [on line], v. 26, n. 9, 2010.

BUENO, M. B. et al. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, p. 1453-1459, 2003.

CAETANO, L. C.; NASCIMENTO, G. S.; NASCIMENTO, M. C. A. A família e a prática da amamentação em bebês de baixo peso ao nascer. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 3, 2011.

CALIL, V. M. L. T.; FALCÃO, M. C. Composição do leite humano: o alimento ideal. **Rev. Med.**, São Paulo, v. 82, n. 1-4, p. 1-10, 2003.

CARVALHO, M.; TAVARES, L. **Amamentação bases científicas**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Decreto nº 94.406/87 regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1987.

CONCEIÇÃO, S. P. da; FERNANDES, R. A. Q. Influência da gravidez não planejada no tempo de aleitamento materno. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 600-605, 2015.

CORDEIRO, A. M. et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 34, n. 6, 2007.

COSTA, G. D. et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, 2009.

CRUZ, R. S. B. L. C.; CAMINHA, M. F.C.; FILHO, M. B. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 1, 2014.

CUNNINGHAM, F. Gary et al. **Obstetrícia de Williams**. 23ª ed. McGraw-Hill. Porto Alegre: Artmed, 2012.

DEMÉTRIO, F.; PINTO, E. J.; ASSIS, A. M. O. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 641-654, 2012.

DODT, R. C. M. et al. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, 2013.

DOZIER, A. M. et al. The relationship between life stress and breastfeeding outcomes among low-income mothers. **Advances in Preventive Medicine**, v. 2012, p. 1-10, 2012.

FIALHO, F. A. et al. Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Revista CUIDARTE**, Colômbia, v. 5, n. 1, p. 670-678, 2014.

FONSECA-MACHADO, M. O. et al. Aleitamento materno: conhecimento e prática. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, 2012.

FROTA, M. A. et al. Interfaces of the discontinuation of breastfeeding. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 38, n. 1, p. 33-38, 2016.

FROTA, M. A. et al. Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 4, p. 895-901, 2009.

HAWLEY, N. L. et al. Mothers' attitudes and beliefs about infant feeding highlight barriers to exclusive breastfeeding in American Samoa. **Women Birth**, v. 28, n. 3, p. 80-86, 2015.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde de 2013: Ciclos de vida - Brasil e grandes regiões**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

KOMARSSON, K. A. C. et al. Conhecimento das mães sobre o aleitamento materno: estudo descritivo. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 7, n. 2, 2008.

LI, J. et al. Maternal psychosocial well-being in pregnancy and breastfeeding duration. **Acta Paediatrica**, v. 97, p. 221-225, 2008.

LIMA, M. do S. B.; MOREIRA, E. V. A pesquisa qualitativa em geografia. **Caderno Prudentino de Geografia**, Presidente Prudente, v. 2, n. 37, 2015.

LEVY, L.; BERTOLO, H. **Manual de aleitamento materno**. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Portugal, 2012.

MACHADO, M. M. T. **A conquista da amamentação: o olhar da mulher**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

MARGOTTI, E.; MARGOTTI, W. Fatores relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 860-871, 2017.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p. 2461-2468, 2011.

MENEGHETTI, L. Amamentação: promovendo a saúde da criança e da mãe. Desmistificando tabus. **Rev. CRN 2** [internet], 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

MORGADO, C. M. C.; WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H. Rede de apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 18, n. 2, p. 367-76, 2013.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. **Obstetrícia fundamental**. 13^o edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2017.

MORAES, B. A. et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 37, p.127-134, 2016.

MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de saúde: manual**. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

- NÓBREGA, V. C. F. et al. As redes sociais de apoio para o Aleitamento Materno: uma pesquisa-ação. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 429-440, 2019.
- NIQUINI, R. P. et al. Fatores associados à introdução precoce de leite artificial, Município do Rio de Janeiro, 2007. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 12, n. 3, p. 446-457, 2009.
- NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; VIEIRA, N. F. C. Concepções de puérperas adolescentes sobre o processo de amamentar. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 86-94, 2009.
- OLIVEIRA, M. I. C.; GOMES, M. A. S. M. **As Unidades Básicas amigas da amamentação: uma nova tática no apoio no aleitamento materno**. In: Rego JD, editor. **Aleitamento materno**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.
- PASSANHA, A.; CERVATO-MANCUSO, A. M.; SILVA, M. E. M. P. Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias. **Rev. Bras. Crescimento e Desenvolvimento Hum.**, v. 20, n. 2, 2010.
- PEREZ-ESCAMILLA, R.; SEGURA-MILLÁN, S.; DEWEY, K. G. infant bottle propping among a low-income urban population in Mexico. **Bulletin of the Pan American Health Organization**, v. 29, n. 2, p. 138-146, 1995.
- PONTES, C. M.; ALEXANDRINO, A. C.; OSÓRIO, M. M. O envolvimento paterno no processo da amamentação: propostas de incentivo. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 9, n. 4, 2009.
- PRATES, L. A.; SCHAMALFUSS, J. M.; LIPINSKI, J. M. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 426-33, 2015.
- PRIMO, C. C. et al. Redes sociais que apoiam a mulher durante a amamentação. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 426-33, 2015.
- RAMINELLI, R. Eva Tupinambá. In: Mary del Priore. **História das mulheres no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Contexto, 1997.
- REA, M. F. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Rev. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, 1990.
- ROCHA, N. B. O ato de amamentar: um estudo qualitativo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1293-305, 2010.
- ROTHER, E. T. Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 2, 2007.
- SALVADOR, J. P. et al. Participação do companheiro na promoção do aleitamento materno exclusivo em hospital amigo da criança. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v. 5, n. 1, p. 30-36, 2012.

- SALUSTIANO, L. P. Q. et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 28-33, 2012.
- SANTOS, R. P. dos; NEVES, E. T.; CARNEVALE, F. Metodologias qualitativas em pesquisa na saúde: referencial interpretativo de Patricia Benner. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 192-6, 2016.
- SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família. **Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde**. 4ª ed. São Paulo: SMS, 2016.
- SÃO PAULO, Secretaria Estadual de saúde de São Paulo. **Manual técnico do Pré-natal e Puerpério: atenção à gestante puérpera no SUS**. Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.
- SARDINHA, D. M. et al. Promoção do aleitamento materno na assistência pré-natal pelo enfermeiro. **Rev. Enferm. UFPE On line**. Recife, v. 13, n. 3, 2019.
- SENA, M. C. F. **Prevalência do aleitamento materno exclusivo no distrito federal e sua associação com o trabalho materno fora do lar** [dissertação]. Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde, UNB, 1997.
- SENRA, R. Q. et al. Tipo de parto e aleitamento precoce: impacto no estado nutricional da criança com 24 meses. **Rev. Ped. SOPERJ.**, v. 18, n. 4, p. 10-16, 2018.
- SIQUEIRA, T. R. et al. Amamentação segundo a óptica da mãe primípara: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio. **XV Safety, Health and Environment World Congress**. Porto Portugal, p. 366-369, 2015.
- SILVA, C. M. S. et al. Sentimentos e vivências maternas associadas ao processo de amamentação. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 9, supl. 8, p. 9343-51, 2015.
- SILVA, D. G. V. da; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, 2002.
- SILVA, I. A. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios**. São Paulo (SP): Robe Editorial, 1997.
- SILVA, B. T.; SANTIAGO, L. B.; LAMONIER, J. A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 122-130, 2012.
- SILVA, V. F.; PESSOA, C. G. de O. Fatores determinantes do aleitamento materno exclusivo em uma cidade de Minas Gerais. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga: Unileste-MG, v. 5, n. 1, 2012.
- SILVA, T. Aleitamento materno: prevalência e factores que influenciam a duração da sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v. 44, n. 5, p. 223-228, 2013.

SOUSA, A. S. B. **Dificuldades no aleitamento materno**. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Viseu, 2016.

SOUSA, F. et al. Avanços e desafios do aleitamento materno no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Promoç. Saúde.**, Fortaleza, v. 28, n. 3, 2015.

SOUZA, S. N. D. H. et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 29-35, 2012.

TAKUSHI, S. A. M. et al. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 5, p. 491-502, 2008.

TAMEZ, R.N. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

TEWABE, T. et al. Exclusive breastfeeding practice and associated factors among mothers in Motta town, East Gojjam zone, Amhara Regional State, Ethiopia, 2015: a cross-sectional study. **International Breastfeeding Journal**, Londres, v. 12, n. 12, 2017.

THEOFILOGIANNAKOU, M et al. Breast-feeding in Athens, Greece: factors associated with its initiation and duration. **J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.**, v. 43, n. 3, p. 379-384, 2006.

THOMAZ, A. C. P.; SOUZA, E. C. A.; MASCARENHAS, D. C. B. **Aleitamento materno**. Organizado por: Francisco José Passos Soares, Pajuçara Maria Guimarães Marroquim. Maceió: EDUFAL, 2005.

TORYIAMA, A.T.M. et al. Aleitamento materno: o que mudou após uma década? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017.

ULEP, V. G.T.; BORJA, M. P. Association between pregnancy intention and optimal breastfeeding practices in the Philippines: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth** [Online], v. 12, n. 69, 2012.

VENANCIO S. I.; MONTEIRO C. A. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in Sao Paulo, Brazil: a multilevel analysis. **Public Health Nutrition**, v. 9, n. 1, p. 40-46, 2006.

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. **The Lancet Global Health**, v. 3, n. 4, p. 199-205, 2015.

VIEIRA, G. O. et al. Trends in breastfeeding indicators in a city of northeastern Brazil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 3, p. 270-277, 2014.

VIERIA, G.O. et al. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Rev Bras. Saúde Matern. Infant.** [on line]., v. 4, n. 2, 2004.

VILELA, M. F. A.; SILVA, V. M. C.; DAVINO, D. **Aleitamento materno**. Organizado por: Francisco José Passos Soares, Pajuçara Maria Guimarães Marroquim. Maceió: EDUFAL, 2005.

VITOR, R. S. et al. Aleitamento materno exclusivo: análise desta prática na região Sul do Brasil. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, v. 54, n.1, p.44-48, 2010.

XAVIER, B. S.; NOBRE, R. G.; AZEVEDO, D. V. de. Amamentação: conhecimentos e experiências de gestantes. **Nutrire.**, v. 40, n. 3, p. 270-277, 2015.

ZAMPIERI, M. F. M. et al. **Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Mulher**. Volume 2. Editora: UFSC, 2007.

ZUGAIB, M. **Zugaib obstetrícia**. 3ª edição. Barueri, São Paulo: Editora Manole, 2016.

APÊNDICE A

1/3

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa "Análise das principais perspectivas maternas em relação ao aleitamento e o papel desempenhado pelo enfermeiro da assistência pré-natal nesse processo" da equipe de pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, constituída por Janine Martins da Silva, responsável pela sua execução, orientada pela professora Maria Elisângela Torres de Lima Sanches. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a analisar as principais perspectivas maternas em relação aleitamento e o papel desempenhado pelo enfermeiro da assistência pré-natal nesse processo.
2. A importância deste estudo é a de contribuir para o conhecimento sobre os principais desafios acerca do aleitamento materno e para a melhoria da assistência à saúde prestada pelo profissional enfermeiro.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: compreender os principais desafios do aleitamento materno, sob a perspectiva das mães; analisar o papel do enfermeiro da assistência pré-natal no incentivo ao aleitamento materno, e se o mesmo é identificado pelas mães como profissional de referência acerca desse tema.
4. A coleta de dados se inicia após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e começará em novembro de 2019 e terminará em dezembro de 2019.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, ocorrerão entrevistas guiadas por instrumento previamente elaborado. As participantes devem atender os critérios de inclusão e assinar o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante a entrevista, ocorrerá a captação do áudio através de recurso de gravação de voz. Em seguida, os conteúdos das transcrições serão analisados e servirão como base para a definição de subtemáticas pertinentes a serem abordadas.



Janine Jt.

2/3

6. A sua participação será nas seguintes etapas: lendo e assinando o presente T.C.L.E, respondendo a entrevista realizada pela pesquisadora, a qual gravará a entrevista após sua autorização. Os dados coletados através da gravação da sua entrevista serão posteriormente transcritos pela pesquisadora. Você levará uma via do TCLE assinado pela pesquisadora e por você.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: você poderá sentir ansiedade, desconforto ao relatar situações marcantes em sua vida, anseios e medos. Além disso, poderá sentir um leve cansaço ao decorrer da entrevista.
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: colaboração para a melhoria da assistência de enfermagem prestada, principalmente em relação a temática do aleitamento materno, durante as consultas de pré-natal. Além de contribuir para a comunidade científica a partir da compreensão das perspectivas maternas em relação ao aleitamento e as dificuldades existentes neste processo.
9. Você será informado(a) do resultado final do projeto, caso seja desejado por você, através de contato por telefone ou e-mail, sendo estes disponibilizados ao final deste TCLE. Sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
10. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.
11. Após a sua autorização, as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita através de apresentação em eventos científico, publicações em revistas científicas e profissionais estudiosos do assunto, apenas após a sua autorização.
13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você, sendo uma ação voluntária e de ajuda ao desenvolvimento da pesquisa.
14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.



Janine M.

3/3

15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu,
tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

<p>Endereço: Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL) Endereço: Rua Félix Bandeira, 164, Ponta Grossa Cidade/CEP: Maceió/ 57014-420 Telefone: (82) 993031653 E-mail: eli_sanches23@hotmail.com</p>

<p>ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs. E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com</p>
--

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	<p><i>Maip Eliângela Torres de King</i> Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo Sanches (Rubricar as demais páginas)</p>

Maceió, de de

APÊNDICE B

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO

Nome: _____ **Nome fictício:** _____
Data de Nascimento: ____/____/____ **Idade:** _____ **Estado civil:** _____
Escolaridade: _____
Comorbidades: _____
Data da internação: ____/____/____
Tipo de Parto: () Parto normal () Parto cesárea
Quantidade de meses de acompanhamento pré-natal: _____
Antecedentes obstétricos: () Gestas () Partos () Abortos

PERGUNTAS DISPARADORAS

1. Sua gravidez foi planejada? Relate como foi a sua gestação e o seu parto.
2. Durante a sua gestação e até os dias atuais, você recebe apoio dos seus familiares?
Como é o seu convívio familiar?
3. Você considera a amamentação importante? Por quais motivos?
4. Você realizou o acompanhamento da gestação através das consultas de pré-natal?
Qual profissional lhe acompanhou?
5. Recebeu orientação sobre o aleitamento materno nessas consultas? Você se lembra de algumas? Quais?
6. Se for sua segunda gestação: Quais as principais dificuldades encontradas por você ao realizar a amamentação? O que você fez para diminuí-las?
7. Se for sua primeira gestação: Quais as principais dificuldades você acha que terá ao realizar a amamentação? O que pensa em fazer para resolvê-la?
8. Quanto tempo você pretende amamentar seu(a) filho(a)? Acredita que apenas o leite materno é suficiente até os 6 meses de idade?
9. Qual profissional você busca para se informar em relação ao aleitamento materno?

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise das principais perspectivas maternas em relação ao aleitamento e o papel desempenhado pelo enfermeiro da assistência pré-natal nesse processo

Pesquisador: Maria Elisângela Torres de Lima Sanches

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19386019.6.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.692.373

Apresentação do Projeto:

A prática do aleitamento materno fornece benefícios diversos a mãe e ao lactente, fornecendo-o suporte nutricional adequado até, no mínimo, os seis primeiros meses de vida. Entretanto, apesar dos inúmeros benefícios, a prevalência do aleitamento materno até os seis primeiros meses de vida, atinge menos que 40% das crianças, em nível mundial. O presente estudo apresenta como objetivo analisar as principais perspectivas do aleitamento materno e o papel desempenhado pelo enfermeiro da assistência pré-natal nesse processo, através da perspectiva materna. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, do tipo narrativa de vida, a qual se baseia em dados coletados a partir da linguagem e do comportamento. O estudo será desenvolvido no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), pertencente a cidade de Maceió-AL. Os sujeitos

participantes da pesquisa constituirão as puérperas internadas no setor alojamento conjunto, durante os meses de agosto e setembro de 2019, e que concordaram em participar de tal estudo. A coleta de dados será feita através de entrevista com roteiro semiestruturado e captação de áudio através de recurso de gravação de voz. Os dados coletados serão transcritos e suas temáticas serão analisadas. Os resultados do estudo servirão de base para a identificação dos principais desafios do aleitamento materno, permitindo que o enfermeiro intervenha de modo eficaz nesse processo.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.692.373

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as principais perspectivas do aleitamento materno e o papel desempenhado pelo enfermeiro da assistência pré-natal nesse processo, através da perspectiva materna.

Objetivo Secundário:

Obter dados acerca do conhecimento materno acerca da importância do aleitamento materno; Identificar o desenvolvimento de intervenções, durante o pré-natal, sobre o aleitamento materno.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos oferecidos ao sujeito compreendem ansiedade e desconforto ao relatarem informações pessoais, seus anseios e medos. Além disso, as participantes deverão disponibilizar tempo para a obtenção dos dados.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa incluem escuta qualificada, respeito aos sentimentos expressos pela participante e contribuição, mesmo que indiretamente, para a melhoria da assistência à saúde prestada. Além disso, as participantes auxiliarão na compreensão das necessidades e desafios presentes na prática do aleitamento materno e como o enfermeiro é inserido nesse processo. Ressalta-se que, garante-se a reparação ou indenização nos casos que acarretem dano moral ou material em decorrência da participação na pesquisa, com posterior comprovação desse fato e conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto atende as Resoluções 466/12 e 510/2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram ajustados conforme solicitados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto esta apto para o desenvolvimento, pois atendeu as pendências conforme solicitação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.692.373

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1361104.pdf	15/10/2019 22:32:07		Aceito
Outros	Declaracao_publicizacao_corrigida.pdf	15/10/2019 22:31:20	JANINE MARTINS DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_resposta.docx	15/10/2019 22:28:08	JANINE MARTINS DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_corrigido.pdf	15/10/2019	JANINE MARTINS	Aceito

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.692.373

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.pdf	22:27:07	DA SILVA	Aceito
Outros	Termo_concordancia_HUPAA.pdf	20/08/2019 18:23:31	JANINE MARTINS DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_NOVO.pdf	20/08/2019 18:20:48	JANINE MARTINS DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC.pdf	28/05/2019 22:22:25	JANINE MARTINS DA SILVA	Aceito
Outros	Retirada_do_Consentimento.pdf	28/05/2019 21:56:21	JANINE MARTINS DA SILVA	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade_e_compromisso_do_pesquisador.pdf	28/05/2019 21:55:46	JANINE MARTINS DA SILVA	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade_da_orientadora.pdf	28/05/2019 21:55:14	JANINE MARTINS DA SILVA	Aceito
Outros	Termo_de_publicacao_dos_dados_coletados.pdf	28/05/2019 21:54:37	JANINE MARTINS DA SILVA	Aceito
Outros	Termo_de_destinacao_dos_dados_coletados.pdf	28/05/2019 21:53:42	JANINE MARTINS DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadores.pdf	28/05/2019 21:52:33	JANINE MARTINS DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	28/05/2019 21:48:19	JANINE MARTINS DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 08 de Novembro de 2019

Assinado por:
Luciana Santana
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com