



FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

CAROLINA PINA CAMANDAROBA
MICHELLYNE VAZ DA CUNHA XAVIER

**APROXIMAÇÕES DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO PARA O
CUIDADO NO PROCESSO DE ALEITAMENTO MATERNO EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA

2018

CAROLINA PINA CAMANDAROBA
MICHELLYNE VAZ DA CUNHA XAVIER

**APROXIMAÇÕES DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO PARA O
CUIDADO NO PROCESSO DE ALEITAMENTO MATERNO EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Saúde Coletiva da Escola Fiocruz de
Governo da Gerência Regional de
Brasília, para obtenção do título de
Sanitarista.

Orientadora: Francini Lube Guizardi
Co-Orientadora: Jakeline Ribeiro
Barbosa

BRASÍLIA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C172a Camandaroba, Carolina Pina

Aproximações do itinerário terapêutico para o cuidado no processo de aleitamento materno em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal / Carolina Pina Camandaroba, Michellyne Vaz Da Cunha Xavier. – Brasília, 2018.

57 f. : il.

Orientador: FranciniLubeGuizardi;

Coorientador: Jakeline Ribeiro Barbosa.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização – Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo, Brasília, 2018.

Aleitamento materno. 2. Dificuldades para amamentar. 3. Itinerário terapêutico. I. Xavier, Michellyne Vaz Da Cunha. II. Guizardi, FranciniLube. III. Barbosa, Jakeline Ribeiro. IV. Título.

CDU: 618.63

Bibliotecária responsável: Caroline Lago de Carvalho Pires CRB-DF 3170

Carolina Pina Camandaroba
Michellyne Vaz da Cunha Xavier

**Aproximação do itinerário terapêutico para o cuidado no processo de
aleitamento materno em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Fiocruz de Governo
como requisito parcial para obtenção do
título de especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em 29/03/2018.

BANCA EXAMINADORA



Dra. Francini Lube Guizardi. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



Dra. Jakeline Ribeiro Barbosa. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

Dra. Denise Oliveira e Silva. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



Dra. Nadia Costa de Assunção. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

“Nós não fomos capazes de responder os nossos problemas; na verdade, não respondemos completamente a nenhum deles. As respostas que obtivemos serviram apenas para levantar um novo conjunto de questões. De alguma forma, nos sentimos tão confusos quanto antes, mas pensamos que estamos confusos em nível muito mais elevado e sobre coisas mais importantes. ”
(Karl Popper).

RESUMO

O leite materno é o alimento ideal para o lactente, em especial nos primeiros seis meses de vida por promover o crescimento e o desenvolvimento infantil adequado e redução da morbimortalidade de crianças no seu primeiro ano de vida. Sobretudo, as práticas apropriadas de amamentação produzem efeito positivo no binômio mãe-filho. Por estes fatores, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS, o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses de vida e continuado até dois anos ou mais. A presente pesquisa teve como objetivo compreender as dificuldades enfrentadas para a garantia do aleitamento materno exclusivo entre usuárias atendidas pela Unidade Básica de Saúde 03 de Samambaia. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, utilizando-se o itinerário terapêutico com estratégia teórico-metodológica. Na coleta de dados foi empregada a técnica de entrevista e a análise do material produzido foi baseada no método hermenêutico. Os principais resultados da pesquisa apontam que as entrevistadas vivenciaram a experiência do aleitamento materno pela primeira vez e que associam as dificuldades enfrentadas com a falta de experiência no ato de amamentar. As dificuldades relatadas dizem respeito a questões físicas e emocionais. Constatou-se que a maioria das mulheres teve algum tipo de apoio, tanto de profissionais de saúde quanto de familiares ou amigos e que consideram esse apoio de grande relevância. Apesar dos problemas que enfrentaram, as usuárias avaliam que a amamentação é um momento especial por proporcionar o fortalecimento de vínculo entre mãe e bebê. A partir da análise dos resultados, propõe-se um projeto aplicativo com ações desejáveis e viáveis na perspectiva de colaborar com a gestão e organização do cuidado prestado pela referida unidade de saúde às mulheres que amamentam.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno; Dificuldades para amamentar; Itinerário terapêutico; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Breast milk is the ideal food for the infant, especially in the first six months of life to promote adequate growth and development of children and reduce the morbidity and mortality of children in their first year of life. Above all, proper breastfeeding practices have a positive effect on the mother-infant bonding. For these reasons, according to the World Health Organization (WHO), breastfeeding should be exclusive until six months of life and continued for up to two years or longer. The present work aimed at understanding the difficulties faced by users attended at Unidade Básica de Saúde 03 de Samambaia in ensuring the exclusive breastfeeding. This qualitative research used the therapeutic itinerary with a theoretical and methodological strategy. The data was obtained by interview questions and the analysis of the produced material was performed based on hermeneutical method. The main results of the research indicate that the interviewees experienced the breastfeeding for the first time and they associated their difficulties with the lack of experience in the act of breastfeeding. The reported difficulties are related to physical and emotional issues. It was found that most women had some kind of support, from both health professionals and relatives or friends, and they considered this support of great relevance. Despite the problems they faced, women believe breastfeeding is a special moment for strengthening the bond between mother and infant. Based on the analysis of the results, an application project is proposed with desirable and feasible actions in order to collaborate with the management and organization of the care provided by the referred health unit to women who breastfeed.

KEYWORDS: Breastfeeding; Difficulties in breastfeeding; Therapeutic Itinerary; Qualitative research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Área de cobertura da UBS.....	21
Ilustração 2: Área de cobertura da UBS	21
Ilustração 3: Vista aérea de Samambaia	22
Ilustração 4: Entrada RA XII	22
Ilustração 5: Área rural, território da UBS	25
Ilustração 6: Área rural, território da UBS	25
Ilustração 7: DiagramadoIT percorrido pelas mulheres entrevistadas	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Possíveis Ações	47
---------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS – Organização Mundial da Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

DF – Distrito Federal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EAAB – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

MS – Ministério da Saúde

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

RAS – Rede de Atenção à Saúde

IT – Itinerário Terapêutico

CD – Crescimento e Desenvolvimento

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

ACS – Agente Comunitário de Saúde

RA – Região Administrativa

PEOT – Plano Estrutural de Organização Territorial

CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal

SES – Secretaria de Estado de Saúde

HRSAM – Hospital Regional de Samambaia

PCLH – Posto de Coleta de Leite Humano

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

ASF – Ambulatório de Saúde Funcional

SF – Saúde da Família

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NRCA – Núcleo de Regulação Controle e Avaliação

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PBF – Programa Bolsa Família

NEPS – Núcleo de Educação Permanente em Saúde

PIS – Práticas Integrativas em Saúde

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 MÉTODO E DESENVOLVIMENTO	16
4 PROJETO APLICATIVO E DESCRIÇÃO DO TERRITÓRIO	22
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TERRITÓRIO	22
4.2 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E DA REDE ATENÇÃO DO TERRITÓRIO.....	24
4.3 COLETA DE DADOS	25
4.3.1 Caracterização das usuárias, suas famílias e situação de aleitamento materno ...	25
4.3.2 Contexto das entrevistas	27
4.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
4.4.1 Dificuldades Enfrentadas para a garantia do aleitamento materno	28
4.4.2 Aspectos simbólico da amamentação para as nutrizes	32
4.4.3 Descrição do itinerário terapêutico (IT)	37
4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
4.6 PLANO DE AÇÃO	45
4.6.1 Nós críticos	46
4.6.2 Atores chaves	46
4.6.3 Interlocutores	47
4.6.4 Possíveis ações	47
4.6.5 Gestão do projeto	49
4.6.6 Monitoramento e avaliação	49
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	56

1. INTRODUÇÃO

A elaboração desse trabalho é fruto do interesse das pesquisadoras pelo tema e as muitas interfaces que envolvem essa questão para as mulheres que amamentam. O trabalho de conclusão de curso foi construído com a perspectiva de valorizar a ótica das usuárias de uma unidade básica de saúde do Distrito Federal - DF, uma vez que compreendemos que a escuta materna é de fundamental importância para a saúde física e mental da mãe e do filho, já que possibilita a reconstrução de identidades e significados relacionados ao papel da mulher no ato de amamentar.

A pesquisa foi realizada com usuárias da Unidade Básica de Saúde (UBS) 03 de Samambaia - DF, no período de janeiro a fevereiro de 2018. O motivo de escolha da referida unidade como cenário de pesquisa deve-se ao fato da UBS possuir quatro equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) certificadas pela Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), do Ministério da Saúde (MS). Este título foi obtido após cumprir metas para alcançar tal certificação, sendo uma delas o desenvolvimento de ações que incentivem o aleitamento materno exclusivo até os 06 meses de vida e complementado até os 2 anos de idade ou mais.

Propomo-nos investigar as dificuldades encontradas para a garantia do aleitamento materno exclusivo e para a manutenção da lactação entre as mulheres atendidas nesta UBS, as quais podem relacionar-se com a falta de orientação, dificuldade do bebê com relação à pega, dificuldades físicas ou mesmo dificuldades emocionais, bem como compreender a trajetória percorrida em busca de apoio para a garantia do aleitamento materno. Desta forma, os objetivos da pesquisa foram compreender as dificuldades enfrentadas para a garantia do aleitamento materno exclusivo entre usuárias atendidas pela UBS 03 de Samambaia; conhecer a percepção da amamentação para as nutrizes; descrever as principais dificuldades vivenciadas por elas no processo de amamentação; conhecer o itinerário terapêutico percorrido pelas usuárias com dificuldades no aleitamento materno em busca de apoio.

Deseja-se também que a presente pesquisa contribua com a UBS no sentido de apresentar reflexões importantes para a qualificação e organização do cuidado de nutrizes que apresentem dificuldades no processo do aleitamento materno, além de

possibilitar aos profissionais planejar suas práticas tendo como eixo norteador as reais necessidades das usuárias, bem como a integralidade do cuidado.

As pesquisadoras deste trabalho têm uma aproximação e afinidade pelo tema, motivo pelo qual decidiram realizar essa pesquisa em conjunto. Uma delas é Assistente Social, especialista em saúde da família e atua na UBS escolhida como cenário de pesquisa. Esta profissional acompanhou parte do processo de certificação vivenciado pelas equipes da unidade na EAAB em 2014, época em que intensificou sua trajetória nas intervenções sobre esse tema. Posteriormente realizou capacitações para aprofundar seu conhecimento na área, tornando-se tutora pela EAAB e tutora do curso de aconselhamento em amamentação. No que diz respeito à assistência a esse público, desenvolve, em sua prática profissional, intervenções direcionadas para as usuárias e sua família através de atendimentos individuais ou familiares, visitas domiciliares principalmente aos casos de maior complexidade com relação às dificuldades em amamentar, além de atividades coletivas de educação em saúde direcionadas para o incentivo, apoio e promoção do aleitamento materno desde o pré-natal até o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança, dentre outras atividades contempladas na linha de cuidado da saúde materno-infantil.

A outra pesquisadora é especialista em nutrição clínica e metabólica, a qual em sua atuação profissional aborda aspectos relacionados ao cuidado materno infantil, desde o período gestacional ao acompanhamento durante o puerpério até o desenvolvimento infantil, possibilitando condições de satisfação das necessidades alimentares e nutricionais da mulher e da criança, empenhando-se na promoção da saúde e qualidade de vida, na construção da cidadania dos sujeitos e as experiências de vida, e que tiveram com o alimento em interface à cultura, e todas as relações que interagem com o sentido e as práticas alimentares. Associando a esta perspectiva, a experiência pessoal da pesquisadora com a maternidade estreitou sua afinidade com a temática, por aliar a sua melhor experiência de vida com os conceitos oriundos da profissão, e ampliou sua visão sobre a relevância do cuidado durante todo o processo do aleitamento materno.

1.1 JUSTIFICATIVA

A discussão sobre aleitamento materno aparece frequentemente no campo da saúde pública, tanto em âmbito nacional quanto mundialmente, devido a sua importância para a saúde do binômio mãe-filho. Nesse sentido, é fundamental a compreensão de seus benefícios e seus determinantes, considerando que a amamentação pode influenciar os padrões de saúde e de mortalidade das populações. O aleitamento materno requer uma atenção especial “da capacidade individual de amamentar, do nível de conforto da lactante com seu próprio corpo, do apoio social recebido, da tolerância mediante as dificuldades para amamentar e da força de vontade para fazer as adaptações de vida que a prática do aleitamento materno requer”(BOCCOLINI, 2012).

De acordo com a Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, a nutrição adequada e o acesso a alimentos seguros e nutritivos são componentes cruciais e universalmente reconhecidos como direito da criança para atingir os mais altos padrões de saúde, conforme estabelecido na Convenção sobre os Direitos da Criança. Além disso, considera-se que mães e crianças formam uma unidade biológica e social e, portanto, mulheres têm o direito à nutrição apropriada, à informação completa, a decidirem como alimentar seus filhos e às condições apropriadas que as permitam colocar em prática as suas decisões (OMS; UNICEF, 2005).

Contudo, as práticas alimentares de crianças pequenas, segundo dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, revelam que o Brasil ainda está com índices muito abaixo das recomendações da OMS. A duração mediana do aleitamento materno exclusivo (AME) foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a da amamentação foi de 341,6 dias (11,2 meses). Essa mesma pesquisa mostrou que 41% das crianças menores de 6 meses estavam em AME, quando o desejado, segundo a OMS, é que 90% a 100% dessas crianças sejam alimentadas desta forma. No Distrito Federal o resultado mostrou que 50% das crianças estavam em AME (BRASIL, 2009).

Para o lactente o leite materno é o alimento perfeito, em especial nos primeiros seis meses de vida, com benefícios que superam os demais leites por ser rico em gorduras, minerais, vitaminas, enzimas e imunoglobulinas, além de vantagens

nutritivas, promovendo o crescimento e o desenvolvimento infantil adequado, e redução da morbimortalidade de crianças no seu primeiro ano de vida. As práticas apropriadas de amamentação produzem efeito positivo no binômio mãe-filho (FROTA, et al., 2009). Por estes fatores, segundo a OMS, o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses de vida, e complementado com outros alimentos até os dois anos ou mais (OMS; UNICEF, 2005).

Entretanto, a amamentação para a mulher, apesar de ser um ato espontâneo e automático, também requer um aprendizado sobre técnicas e sobre o desenvolvimento do vínculo afetivo, além de envolver desvelo, renúncias e sacrifícios, podendo envolver experiência da dor. Cabe ressaltar que mediante o paradigma social vigente o ato de amamentar é considerado ainda como a materialização do amor materno. Deste modo, apesar da relevância do valor nutricional do leite materno e conseqüentes benefícios para a criança, há, por outro lado, posicionamentos desfavoráveis ante o ato de amamentar, baseados nas dificuldades apresentadas durante a amamentação (FROTA, et al., 2009).

As dificuldades encontradas para garantia do aleitamento materno exclusivo podem estar relacionadas à falta de informação quanto à prática de amamentar ou a falta de orientação prestada por algum profissional de saúde. Podem estar relacionadas ao bebê como seu posicionamento incorreto no peito ou alterações no padrão de sucção do recém-nascido, que podem ser ocasionados pelo uso de chupetas e mamadeiras, interferindo na duração do aleitamento materno devido às diferenças existentes entre a sucção na mama e no bico artificial. Podem ainda estar relacionadas com problemas na mama como trauma mamilar, ingurgitamento mamário, infecção mamilar, bloqueio de ductos lactíferos. Outro fator que contribui para as dificuldades na amamentação diz respeito a condição da mulher como insegurança para amamentar e fadiga materna, que podem ser refletidos na produção insuficiente de leite. Esses fatores podem resultar em problemas para a garantia do aleitamento materno exclusivo e para a manutenção da lactação (SOARES, 2016).

Porém, ao discutir dificuldades na amamentação, faz-se necessário levar em consideração as representações ou o significado que o ato de amamentar tem para a mãe, além de considerar seus sentimentos, suas angústias, histórias de vida, dúvidas e anseios com relação a essa fase da vida da mulher, não apenas a fase de vida do bebê

que muitas vezes é o centro das atenções no que diz respeito à amamentação. Faz-se necessário desenvolver um olhar com a atenção voltada às necessidades e a subjetividade da mulher, no sentido de prestar todo o apoio necessário nesse período.

Mediante tal cenário, a escuta materna é de fundamental importância para a saúde física e mental da mãe e do filho, reconstruindo identidades e significados relacionados ao papel da mulher no ato de amamentar, além dessa mesma mulher já exercer outros papéis dentro da sociedade. Nesta perspectiva, torna-se relevante compreender a trajetória percorrida pelas nutrizes para a garantia do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança, compreender os fatores que podem dificultar a amamentação, além de conhecer a rede de apoio ao cuidado destas nutrizes.

Cabe considerar o desafio para o profissional de saúde envolvido no processo de cuidado das mulheres que amamentam, o qual implica não somente na necessidade de conhecimento técnico. É necessário o desenvolvimento de habilidades e atitudes para acolher dúvidas, preocupações e dificuldades das mães e de seus familiares por meio de escuta de forma empática, além da habilidade de propor ações factíveis e congruentes ao contexto de cada família (BRASIL, 2010). Acredita-se que esse perfil profissional é fundamental na Estratégia de Saúde da Família, considerando que a atenção básica deve atuar como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, sendo a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde – RAS (BRASIL, 2017).

Dentro do contexto da Atenção Primária à Saúde o itinerário terapêutico (IT) pode ser considerado um importante instrumento de coleta de informações, propiciando ao profissional aprofundar no conhecimento a respeito da vida e contexto social no qual ela está inserida, possibilitando uma intervenção integral e longitudinal de acordo com as escolhas de percurso terapêutico escolhidas da usuária. Esse acompanhamento a longo prazo possibilita ainda qualificar o processo de cuidado, considerando o serviço ofertado a essas mulheres e a sua família.

Não se tem a pretensão de que esse estudo esgote o tema, mas estima-se que a presente pesquisa possa contribuir para o fortalecimento das políticas públicas de promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno. Deseja-se que possibilite o desenvolvimento de ações voltadas para a individualidade de cada sujeito envolvido no

processo da amamentação. Espera-se ainda que colabore com a reflexão dos profissionais da UBS 03 de Samambaia na perspectiva de requalificar o processo de trabalho da unidade visando prestar uma assistência às lactantes de forma empática, levando-se em consideração as dificuldades e anseios individuais de cada mulher, aprofundando o diálogo entre as usuárias e os trabalhadores de saúde.

2. OBJETIVOS

A partir da situação problema identificada, elegeu-se os seguintes objetivos:

2.1 OBJETIVO GERAL:

Compreender as dificuldades enfrentadas para a garantia do aleitamento materno exclusivo entre usuárias atendidas pela UBS 03 de Samambaia, considerando a construção e organização do cuidado durante o processo de amamentação.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Conhecer a percepção da amamentação para as nutrizes.

Descrever as dificuldades enfrentadas para garantia do aleitamento materno exclusivo.

Conhecer o itinerário terapêutico percorrido pelas usuárias em busca de apoio para a garantia do aleitamento materno exclusivo diante das dificuldades vivenciadas.

3. MÉTODOS E DESENVOLVIMENTO

O presente estudo consiste em uma pesquisa com abordagem qualitativa, na qual foi utilizado o IT como estratégia teórico-metodológica. Tal opção decorreu da proposta de mostrar o percurso das nutrizes que apresentaram dificuldades para a garantia do aleitamento materno exclusivo, tendo como foco suas trajetórias e conexões pelas redes que constituem sua existência. Desta forma toma-se o usuário como

protagonista, gestor e guia de seus próprios processos de produção de cuidado, permitindo que o estudo percorra seus caminhos, seus trajetos, não tomando-o pela mão, mas deixando-se levar por ele de modo que aconteça o usuário como guia (MOEBUS, 2016).

A pesquisa foi realizada na UBS 03 de Samambaia - DF, no período de janeiro a fevereiro de 2018. Antes de iniciar a fase de entrevistas, foi realizada uma vivência na UBS em novembro de 2017, com o objetivo de conhecer a instituição e apresentar a proposta de pesquisa aos profissionais de saúde que trabalham na unidade. Inicialmente, foi apresentado à gestora da UBS o objetivo da pesquisa e solicitamos sua autorização para dialogar com os profissionais escolhidos, coordenadores das equipes de Saúde da Família da UBS, como informantes-chave para a pesquisa. A escolha dos enfermeiros se deu pelo fato destes profissionais coordenarem o processo de cuidado na UBS e serem os responsáveis pela elaboração das agendas mensais dos profissionais das equipes, além de possuírem um banco de dados com informações sobre a população como número de gestantes, de hipertensos, diabéticos, crianças em acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (CD), idosos, acamados, dentre outros dados.

Com o apoio da gestora e sua autorização para a realização da pesquisa, realizamos uma conversa individual com quadro enfermeiros que estavam presentes no dia. No decorrer do diálogo, a proposta de trabalho foi apresentada e pedimos apoio para identificar os possíveis sujeitos do estudo mediante os casos de maior complexidade, tendo por base os seguintes questionamentos: quais são os casos que mais tem mobilizado a equipe? Quem são aquelas usuárias sobre as quais mais chamam a atenção? Quais casos que mais os incomodam por não saberem como intervir? Ou mesmo se há casos em que a equipe chegou até a desistir de acompanhá-las, de cuidá-las ou de apoiá-las? Com isso, pretendemos que o usuário-guia fosse escolhido por ser um caso com alto grau de complexidade para a equipe.

Cada coordenador de equipe indicou duas usuárias, totalizando seis participantes para a pesquisa. Ao todo foram indicadas 07 usuárias. Entretanto, após análise dos critérios de inclusão e exclusão, desconsiderou-se 05 usuárias dentre as indicadas pelos coordenadores de equipes.

Como critérios de inclusão para pesquisa, foram definidos: ser mulher, lactante, usuária da UBS 03 de Samambaia - DF, apresentar dificuldades de amamentar.

Acredita-se que a partir desses critérios seria possível identificar os sujeitos com perfil de maior complexidade e com possibilidade de colaborar com a pesquisa de forma mais efetiva, além de direcionar para as mulheres que demandam maior atenção e cuidado dentro do território de abrangência das equipes de Saúde de Família da UBS.

Para os critérios de exclusão, foram adotados: lactantes de crianças com idade superior a 3 anos ou não ser usuária da UBS 03 de Samambaia. Esses critérios foram necessários para garantir que os sujeitos da pesquisa fossem usuárias da unidade que escolhemos como campo de estudo, além de selecionar mulheres que enfrentaram as dificuldades dentro da faixa etária estabelecida por considerar que esses relatos seriam mais recentes.

Os principais motivos para exclusão das usuárias acima descritas foram: duas pelo o critério de idade da criança, três não residiam mais na área de abrangência da UBS 03 de Samambaia. Uma situação particular que não condiz com os critérios pré-estabelecidos, mas que se considerou relevante foi o fato de que uma das mulheres estava fragilizada devido a complicações relacionadas a sua saúde mental, além de estar vivenciando rejeição na atual gravidez. Devido a esse contexto optamos pela segurança emocional da usuária, pois avaliamos que conversar sobre uma situação de sofrimento anterior poderia ocasionar um agravamento de seu quadro de saúde atual.

Deste modo, foram criadas novas estratégias para identificar outras usuárias, considerando-se a reduzida quantidade de possíveis sujeitos de pesquisa. Conversamos novamente com os coordenadores de equipe que forneceram as datas das agendas de consultas do acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (CD) e a partir dessas datas organizamos um cronograma para captar novos sujeitos diretamente na sala de espera da unidade. Conseguimos identificar mais três usuárias, que completaram 4 sujeitos incluídos no estudo.

A partir do dia 09 de janeiro foi possível conversar individualmente com as usuárias que aguardavam consulta na unidade, conforme o calendário repassado pelos coordenadores de equipe. Ao abordar as usuárias, as pesquisadoras se apresentaram e explicaram resumidamente o objetivo da pesquisa, informando sobre o termo de consentimento livre e esclarecido e o compromisso em resguardar os dados pessoais das entrevistadas. Neste momento elas foram convidadas a colaborar voluntariamente da pesquisa por meio de uma entrevista. Para os sujeitos que aceitaram participar da

pesquisa, foi solicitado que fornecessem alguns dados pessoais (nome, endereço e telefone de contato) exclusivamente para o contato posterior e agendamento da entrevista em local de sua livre escolha. Faz-se relevante ressaltar que as participantes serão referidas na divulgação dos resultados de pesquisa por meio de nomes fictícios.

Com a nova estratégia adotada foi possível identificar outras mulheres que apresentaram problemas no período da amamentação. Além disso, houve maior aproximação e observação das pesquisadoras sobre o trabalho realizado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família que atuam nesse território, desde o acolhimento até a efetivação da consulta.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Fiocruz de Governo da Gerência Regional de Brasília, parecer N° 127785/2017, cuja liberação para iniciar a coleta de dados ocorreu em 29 de dezembro de 2017. Com isso, as entrevistas e captação de novas usuárias só começou em janeiro de 2018.

A UBS 03 de Samambaia funciona de acordo com a portaria distrital de nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, que preconiza as diretrizes da atenção básica local, dentre os quais está o agendamento de consultas por hora (art 32). Dessa forma, foi necessário dedicar bastante tempo na sala de espera tendo em vista que a cada hora chegavam novos pacientes. Observou-se que esse agendamento é bem aceito pela a população por saber que não precisará ficar um longo período aguardando por atendimento, principalmente no caso das mulheres que amamentam ou aquelas que estão com crianças pequenas. Segundo os servidores que realizam o acolhimento, esse fator colabora para um atendimento mais qualificado e mais eficaz, além de ter reduzido as reclamações dos pacientes devido o tempo de espera, tendo em vista que anteriormente as consultas eram marcadas no mesmo horário e os atendimentos eram realizados conforme ordem de chegada.

Apesar das alterações no cronograma e na estratégia de identificação das usuárias, considera-se uma amostra proposital, pois, conforme Nogueira-Martins & Bágus (2004), os estudos com abordagem qualitativa produzem explicações a partir de um número reduzido de casos, uma vez que neste tipo de estudo atribui-se maior importância ao significado do que a frequência do fenômeno investigado.

O trabalho de campo possibilitou-nos uma aproximação com o fenômeno estudado a partir da coleta de dados, na qual utilizamos a técnica de entrevista aberta, registrando-as em gravador. As entrevistas iniciaram-se com uma pergunta disparadora: como foi sua experiência com a amamentação do seu (sua) filho (a)? Este método visou conduzir a uma descrição densa do fenômeno, reforçando a importância da linguagem e do significado da fala. Realizamos também a observação com o intuito de obter informações sobre a realidade dos sujeitos dentro de um contexto histórico-social, visando complementar as entrevistas e os registros feitos em diário de campo, instrumento que auxiliou na rotina do trabalho por conter informações sobre as percepções e questionamentos do pesquisador (MINAYO, 2001).

Após o aceite para participação da pesquisa, as participantes do estudo foram entrevistadas individualmente em seu domicílio ou na UBS nº 03 de Samambaia, conforme escolha das mesmas. Para a realização das entrevistas pactuamos com as equipes que um Agente Comunitário de Saúde (ACS) nos acompanhasse, devido ao fato deste profissional conhecer bem o território possibilitando auxiliar no trajeto até o domicílio das usuárias. Destaca-se ainda o vínculo que este profissional possui com a comunidade, criando assim um ambiente de maior segurança para as nossas colaboradoras. Ressaltamos que após conduzir-nos ao domicílio, o ACS nos deixava a sós com a paciente e desenvolvia suas atividades no território enquanto as entrevistas eram realizadas. Com isso a usuária teve mais uma garantia de que as informações transmitidas seriam confidenciais.

Realizamos 04 entrevistas, nas quais as duas primeiras ocorreram na mesma microárea, que tem uma mesma ACS de referência. Registra-se que essa profissional atua há anos nesse território e demonstrou ter um grande conhecimento das peculiaridades de cada família, contando-nos inclusive vários casos de dificuldades com a amamentação que ela já acompanhou. No decorrer do percurso observamos que todas as ruas possuem saneamento básico, as casas têm construção de alvenaria, o comércio é bem equipado com a presença de supermercados, padarias, farmácias, *lan house*, papelarias, restaurantes, dentre outros estabelecimentos comerciais. Verificamos ainda que na parte central de cada quadra existe uma praça. Porém, o que chamou a atenção foi que na maioria dessas praças havia grupos de jovens, em sua maioria do sexo masculinos, aparentemente em uso de cigarros.

Em outro momento, realizamos entrevista em uma microárea localizada no sentido oposto ao da primeira visita e verificamos um cenário diferente da área descrita anteriormente. Observamos que a presença de estabelecimentos comerciais é reduzida. Chamou-nos a atenção que um dos poucos estabelecimentos encontrados estivesse inteiramente gradeado. Segundo informação do ACS que acompanhou a visita, essa situação ocorre devido às inúmeras vezes em que o local foi assaltado. Não identificamos a presença de supermercado, *lan house* e outros estabelecimentos como na outra área visitada. Havia ainda um bazar localizado em uma casa na pista principal dessa microárea. Destaca-se ainda a presença de barracos em área de invasão construídos de taipa, sem saneamento básico e localizados próximos a um morro, com presença de grande acúmulo de material reciclável. Segundo informações do ACS, os moradores desses barracos coletam esse material na comunidade e após reunirem uma boa quantidade vendem com o objetivo de obter alguma renda. Porém, existem casas de alvenarias contrastando com esse cenário, além de algumas casas com aspecto rural, com cercas mais baixas e área verde no quintal.

Ilustração 1: Área de cobertura da UBS



Fonte: Pesquisa de Campo, 2018.

Ilustração 2: Área de Cobertura da UBS



Fonte: Pesquisa de Campo, 2018.

O ponto de encontro das pesquisadoras com o ACS foi na Unidade Básica de Saúde e o deslocamento até o domicílio da entrevista foi realizado a pé. Dessa forma, pudemos vivenciar com mais detalhes as características do território em que as usuárias vivem, o que enriqueceu ainda mais a experiência do trabalho de campo.

A análise de dados foi realizada por meio do método hermenêutico, utilizado como instrumento para a significação do fenômeno estudado (LAPLATINE,

2005). Tal método busca compreender e interpretar a linguagem no tempo e espaço (PORTA, 2002), visando a compreensão dos sentidos conferidos às ações sociais dentro de sua realidade com a valorização da linguagem, expressa na relação entre os significados do mundo real e a subjetividade dos atores (FREITAS, 2011). Os dados foram ordenados através da transcrição das entrevistas gravadas e das anotações do diário de campo com a intenção de captar o sentido no todo (MINAYO, 2001), transformando-os em relatos da experiência dos sujeitos, sendo necessário executar a releitura do material, organização dos achados e dos dados da observação com análise de todos os depoimentos, transformando-os em uma descrição condensada, de forma inteligível, através de variáveis que formem um todo (GEERTZ, 1989).

Cabe destacar que o financiamento da pesquisa foi realizado com recursos próprios das pesquisadoras envolvidas.

4. PROJETO APLICATIVO

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

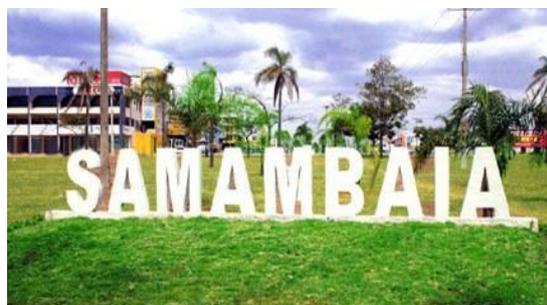
A pesquisa foi realizada em uma UBS na região administrativa do Distrito Federal chamada Samambaia. Cabe destacar que a estrutura administrativa do DF está organizada em 07 superintendências de saúde, conforme decreto nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016. Samambaia compõe a região sudoeste de saúde junto com mais quatro regiões administrativas (Taguatinga, Recanto das Emas, Vicente Pires e Águas Claras).

Ilustração 3: Vista aérea de Samambaia



Fonte: Administração Regional de Samambaia, 2018

Ilustração 4: Entrada RA XII



Fonte: TSE-DF Samambaia, 2018

Segundo informações contidas no site da Administração Regional de Samambaia, a cidade foi criada em 25 de outubro de 1989 com a publicação da lei 49 e decreto 11.291, que a oficializou como a 12ª Região Administrativa do Distrito Federal – RA XII/DF. A origem da cidade está associada às diretrizes propostas no Plano Estrutural de Organização Territorial – PEOT de 1978, que apresentava indicadores de ampliação das áreas urbanas em consequência do acelerado crescimento populacional do DF e da necessidade de ofertar novos setores habitacionais. A partir desse Plano Estrutural, em 1981 foi aprovado o projeto que definia a fundação da nova cidade, com previsão populacional estimada em 330 mil habitantes. Ainda de acordo com informações da Administração Regional de Samambaia:

O local escolhido para a implantação da cidade pertencia ao Núcleo Rural Taguatinga, formado por um conjunto de chácaras produtoras de hortaliças, frutas, verduras e flores desde 1958. Parte desse espaço continuou a ser desapropriado, posteriormente, para permitir a expansão de Samambaia, preservando, contudo, a chácara Três Meninas, que se tornou uma referência cultural e educativa importante da RA ao se transformar no Parque Ecológico e Vivencial Três Meninas. A cidade passou a se chamar Samambaia por correspondência ao nome do córrego que corta a região, cuja nascente se encontra logo abaixo das quadras residenciais 127 e 327 e onde eram encontradas as plantas da espécie samambaia em abundância” (Administração Regional de Samambaia - RAI, 2018)

Conforme dados da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) a área total da RA é de 102,64 km², com uma área rural de 76,90 km², onde existem diversos condomínios e chácaras que desenvolvem atividades agropecuárias. Samambaia, assim, reúne 8,01% da população total do DF e está localizada a 35 km do centro do Brasília (CODEPLAN, 2015).

Samambaia conta com um planejamento urbano que contempla a presença de serviços públicos que influenciam na qualidade de vida de seus habitantes e características urbanísticas de ótima referência como asfalto, transporte público, rede de esgotos, hospitais, além de possuir imensas áreas para expansão habitacional, comercial e econômica. Algumas atividades fazem parte do calendário cultural da cidade possibilitando acesso à cultura aos moradores da região, dentre elas: eventos religiosos da Via Sacra— realizada na sexta-feira da Paixão, considerado o 3º maior do tipo no

Distrito Federal. Aparentemente esta comunidade é predominantemente católica, motivo pelo qual valoriza os eventos religiosos que acontecem na RA (SAMAMBAIA, 2018).

Outro evento que ocorre na RA é a festa junina (geralmente acontece no final de junho) com concurso regional de quadrilhas do Distrito Federal, no qual as quadrilhas disputam a classificação para o concurso nacional. Supõe-se que essa tradição aconteça devido a presença de migrantes nordestinos que valorizam suas heranças culturais e que essa festa tem um significado dentro da identidade de sua comunidade. O aniversário da RA é comemorado em outubro com diversas atividades como celebrações religiosas, shows, lazer e outras que ocorrem em diversos pontos da cidade. Acredita-se que este evento agrega a diversidade de moradores da região por promover várias opções de atividades, possibilitando aos moradores participarem de eventos próximos à sua residência (SAMAMBAIA, 2018).

4.2 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E DA REDE ATENÇÃO DO TERRITÓRIO

De acordo com informações da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do DF, a rede de saúde de Samambaia é composta dos seguintes serviços: Hospital Regional de Samambaia - HRSAM (Ambulatório de especialidades, emergência, Serviços de Imagem, Clínicas de Internação, Marcação de Consultas, Internação Domiciliar, Posto de Coleta de Leite Humano - PCLH), Unidades Básicas de Saúde - 12 UBS (a mais recente foi inaugurada em janeiro de 2018), Centro de Atenção Psicossocial - CAPS (CAPS III, CAPS-AD), UPA – Unidade de Pronto Atendimento 24 Horas de Samambaia, Ambulatório de Saúde Funcional (ASF).

Nosso campo de pesquisa concentrou-se na UBS 03 de Samambaia, composta de 06 equipes de Saúde da Família (SF) com 100% de cobertura da ESF desde 2014, 01 equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), além de outros profissionais de saúde e oferta os seguintes serviços à população: consultas de Pré-Natal, acompanhamento de CD, de hipertensão e de diabetes, prevenção ginecológica, clínica geral, dentre outras demandas de consultas; visitas domiciliares, atividades coletivas, programa de tratamento de tabagismo, práticas integrativas complementares (shantala e automassagem), laboratório, sala de vacinação,

farmácia, Núcleo de Regulação Controle e Avaliação (NRCA), além de testes rápidos, dentre outros serviços conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.

No que diz respeito ao aspecto financeiro e social da população da área de abrangência da UBS 03 de Samambaia, segundo o mapa de acompanhamento da condicionalidade de saúde do Programa Bolsa Família (PBF), há um grande número de famílias beneficiárias do programa, totalizando 1079 famílias conforme mapa de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa referente à 1ª vigência de 2018 (BRASIL, 2018). Além disso, a UBS possui uma equipe rural que faz a cobertura de saúde em área de assentamento, além de área de invasões com centenas de barracos, sendo que em algumas dessas microáreas não existe saneamento básico.

Ilustração 5 - Área rural, território da UBS



Fonte: Pesquisa de Campo, 2018.

Ilustração 6 - Área rural, território da UBS



Fonte: Pesquisa de Campo, 2018.

4.3 COLETA DE DADOS

4.3.1 Caracterização das usuárias, suas famílias e situação de aleitamento materno

Participaram da amostra 04 mulheres, com idade entre 15 a 37 anos, com grau de escolaridade entre o ensino médio incompleto ao superior completo; 1 participante era solteira, 3 eram casadas; todas vivenciaram o puerpério pela primeira vez. As participantes da pesquisa foram identificadas com nomes de pedras brasileiras, de forma que seus depoimentos fossem retratados e sua identidade resguardada, conforme a seguir:

Turmalina: Tem 21 anos, é casada, possui nível médio completo. O núcleo familiar principal se compõe pela Turmalina, o esposo e sua filha de um ano e quatro meses, nascida de parto cesáreo. Desde o nascimento da criança, a mãe relata não ter leite, sendo inserida fórmula infantil nas primeiras horas de vida do bebê. Posteriormente, essa complementação foi mantida devido a quantidade de leite produzida pela mãe ser pouca. A partir do terceiro mês foram inseridas frutas na alimentação da criança e no quarto mês foi inserida comida salgada. As principais dificuldades para garantir o aleitamento materno foram a baixa produção de leite, fissuras mamilares e sangramento nos seios. O casal desejava ter filhos, porém a gestação não foi planejada. Não possuem filhos de relacionamentos anteriores. Residem em casa própria. Descreveu como sua ocupação atual a profissão dona de casa. A única renda da família é proveniente do trabalho do esposo.

Topázio: Tem 15 anos, é solteira, possui nível médio incompleto. O núcleo familiar principal se compõe pela Topázio, seus genitores e a criança. Seu namorado reside com os pais em outra cidade satélite, entretanto, todo final de semana estão juntos com a criança. A filha é uma menina, de 10 meses, nascida de parto normal espontâneo. O aleitamento materno exclusivo foi até o segundo mês de vida do bebê, posteriormente foi inserindo o leite artificial e a partir do quarto mês frutas e comida salgada. As principais dificuldades para garantia do aleitamento materno exclusivo foram fissuras mamilares, sangramento e dores nos seios. O casal não tem filhos de relacionamentos anteriores. Topázio não desejava engravidar, sua gestação não foi planejada, por isso foi uma grande surpresa para toda a família. Porém seus pais a acolheram e a apoiaram. A confirmação da gestação ocorreu tardiamente, aos seis meses, quando iniciou o acompanhamento do pré-natal. A renda da família é proveniente do trabalho dos pais. Topázio continua os estudos para conclusão do ensino médio.

Ágata: Tem 37 anos, é casada, possui nível médio completo. O núcleo familiar principal se compõe pela Ágata, o esposo e seu filho de 2 anos e 5 meses, nascido de parto cesáreo. O aleitamento materno exclusivo se deu até o sexto mês, quando iniciou a introdução alimentar. Conseguiu manter a amamentação complementada até os nove meses, interrompendo completamente devido às dificuldades apresentadas desde os

primeiros dias de vida do bebê como dores nos seios e ingurgitamento mamário. O casal não tem filhos de relacionamentos anteriores. Residem em casa própria. Ela é servidora concursada da saúde, teve direito a seis meses de licença maternidade. Seu esposo também é servidor concursado da saúde, exercendo função de nível médio.

Quartzo: Tem 35 anos, é casada, possui nível superior completo. O núcleo familiar principal se compõe pelo casal, a criança e a filha do esposo. O filho do casal é um menino de 1 ano e 7 meses, nascido de 41 semanas, parto cesáreo devido quadro de eclâmpsia. Era desejo da mãe que o parto fosse normal, mas mediante aos níveis elevados de pressão arterial e diminuição do líquido amniótico não foi possível. O bebê precisou ficar cinco dias na UTI, recebendo alta hospitalar após o oitavo dia de internação. No período em que a criança estava na UTI, tinha como fonte de nutrição o leite materno e a complementação através de fórmula infantil. Nos três últimos dias de hospitalização, já fora da UTI, a única fonte de alimento era o leite materno. As principais dificuldades apresentadas na amamentação foram a anatomia dos lábios da criança, que dificultava a pega correta, fissuras mamilares, dores nos seios e fatores psicológicos da nutriz. Apesar de gostar de crianças, Quartzo não desejava ter filhos. Já o seu esposo queria muito um filho do casal. Ela engravidou sem planejamento. A principal renda da família é proveniente do serviço autônomo da mulher, dona de um bazar na própria residência e do trabalho remunerado do esposo.

4.3.2 – Contexto das entrevistas

As entrevistas foram conduzidas por uma ou duas pesquisadoras que utilizaram uma pergunta disparadora para iniciar a conversa, sendo esta a pergunta: como foi sua experiência com a amamentação do seu (sua) filho (a)? A entrevista foi direcionada a partir dos relatos apresentados na resposta a essa pergunta. Dessa forma, não seguiu um roteiro pronto, mas as perguntas foram surgindo naturalmente à medida em que as mulheres entrevistadas estabeleciam uma relação de confiança com as pesquisadoras e confidenciaram detalhes de sua história.

Os áudios das entrevistas foram gravados em aparelho celular e posteriormente transcritos. Em seguidas foram agrupadas por categorias de acordo com

a experiência vivida por essas mulheres, permitindo dessa forma fazer uma aproximação das histórias de vida compartilhadas conosco.

4.4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi realizada uma análise de conteúdo temático a qual reforça a importância da linguagem e do significado da fala (MINAYO, 2001). Para Urung (1974), o tema é uma unidade complexa, variável e de ordem psicológica, em que a análise temática constitui-se em desvelar os núcleos de sentidos que compõe uma comunicação na qual o conteúdo de presença e/ ou frequência consiste em relevância para o objeto analítico visado. Desta forma, a análise foi dividida em três etapas de acordo com Minayo (2001): pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Assim foi realizada uma leitura do material coletado, retomada por uma formulação exploratória a partir dos objetivos traçados no estudo.

Da análise, surgiram três categorias que se apresentam como resultados do presente trabalho. A análise do material permitiu agrupá-las da seguinte forma: dificuldades enfrentadas para a garantia do aleitamento materno; aspectos simbólicos da amamentação para as nutrizes; e descrição do itinerário terapêutico.

4.4.1 Dificuldades enfrentadas para a garantia do aleitamento materno

A partir das experiências compartilhadas pelas usuárias em resposta à pergunta disparadora foi identificado que todas as mulheres entrevistadas apresentaram dificuldades no início da amamentação. Essas dificuldades iniciaram desde o nascimento da criança e antes mesmo da alta hospitalar. Um fato em comum a essas mulheres é que todas vivenciaram a experiência da amamentação pela primeira vez.

Foi a minha primeira gestação, então foi tudo novo. Eu não tinha experiência nenhuma sobre como amamentar um bebê. Eu achei que tudo era muito fácil porque eu via os outros. Minha dificuldade de amamentar o bebê saiu desde o hospital, tanto que lá eu não conseguia amamentar ele direito (Ágata).

Pra quem é mãe de segunda viagem, beleza você já sabe tudo que você vai passar, tudo, mas para quem é mãe de primeira viagem é muito complicado (Quartzo).

Como categoria das dificuldades enfrentadas para garantia do aleitamento materno, a insegurança surge como um elemento de destaque. Segundo Faustino-Silva *et al* (2008) é esperado que a primípara apresente insegurança diante da nova situação e da dificuldade de expressar os sentimentos envolvidos com a amamentação, sentimento que pode ser exposto através da repetição do aspecto de não saber amamentar e das dificuldades encontradas durante este processo, deste modo a insegurança materna se apresenta como elemento desencadeador do desmame.

O sucesso do ato de amamentar depende de diversos fatores que se relacionam a todo o momento com a história de vida da mulher e com o período puerperal, desde os fatores sociais, culturais, emocionais e tecnológicos, como a variedade de fórmulas lácteas e alimentos industrializados para crianças na primeira infância (NASCIMENTO, 2017). Neste contexto, as dificuldades expostas nos relatos das nutrizes demonstram a diversidade de fatores que influenciaram no desmame como a recusa da criança para a amamentação, o quadro psicológico e emocional da nutriz, e as percepções corporais, presente na alteração das mamas devido à lactação.

Ela estava bem posicionada, eu usava a almofada de amamentação. Ai ela ficava encaixada certinha. Mas ela tinha preguiça [de mamar] mesmo... foi difícil porque todo dia eu colocava ela no peito e chegou um tempo que ela não queria mais. Ela vomitava só o leite porque ela não queria mais o peito. Aí uma vez eu fui colocar ela no peito e ela começou a beliscar, a me bater porque não estava querendo, vomitou e eu disse: não minha filha você não quer mais não (Topázio).

Eu dava de mamar só num peito, o outro peito era mole e não tinha leite mesmo, eu já tinha feito de tudo. Só tinha no esquerdo que era o peito que ele mamava mais. Ai meu peito ficou um grandão e outro pequeno, um mole e um duro, ai foi que eu me desesperei e falei não, não dá. Quando eu me vestia dava pra perceber que tava um peito muito maior que o outro. Aí foi quando eu resolvi tirar o peito de vez por causa disso, porque algumas colegas falavam pra mim que não ia voltar mais ao normal se eu continuasse...Aí eu fui e tirei a mama dele com 9 meses (Ágata).

Mas, se você está passando por uma fase muito difícil, é melhor não amamentar cara. Você vai passar uma frustração para o seu filho.

Cara, quando eu parei de amamentar ele ficou muito mais feliz (Quartzo).

As dificuldades enfrentadas na amamentação podem ser determinantes para o seu sucesso, principalmente quando se relacionam com dores físicas e questões emocionais das depoentes. Polido (2009) elucida que a dor relatada é provavelmente consequência de uma pega incorreta e perfeitamente evitável, evidenciando a relevância de um apoio e orientação às mulheres em todo o curso gravídico-puerperal, minimizando sofrimento físico e desmame precoce.

A partir dos relatos faz-se necessário refletir sobre as condições emocionais que fizeram as mães desistirem de amamentar e se essa decisão foi tomada por um impulso frente às dificuldades vivenciadas ou se foi uma decisão analisada detalhadamente no decorrer de todo o processo vivenciado. Analisa-se ainda se os fatores que as levaram ao desmame dizem respeito ao bem-estar do filho ou da mulher que vivenciou o processo de dor. Conforme Oliveira e colaboradores (2015) às informações transmitidas às mães referentes à amamentação muitas vezes reafirmam “os benefícios do leite materno para a saúde da criança, minimizando a figura da mulher e seu prota-gonismo nesse evento”. Dessa forma, faz-se necessário levar em consideração a subjetividade da mulher no que diz respeito ao desmame.

Meus peitos incharam, senti muita dor, muita dor, eu latejava demais, meu filho nem pegava no meu peito porque o bico ficou tão duro que não conseguia pegar. Eu botava e ele chorava porque ele não conseguia... meu peito todo empedrado...eu coloquei na minha cabeça que eu não tinha leite suficiente para amamentar o bebê, sendo que eu tinha muito leite (Ágata).

A primeira amamentação foi tranquila. Já na segunda, já rachou o meu peito, meu seio encheu de bolinha, aí o povo [falava]: ah é porque você tem preguiça, é porque você não quer, e não era. Ele tem os lábios de baixo para dentro e não conseguia fazer o biquinho, então toda vez que sarava o seio e eu colocava de novo do mesmo jeito... E com dois meses secou, começou a secar, era bem complicado, ele mamava e eu chorava o tempo todo, eu chorando. Aí tem hora que a gente se frustra, tem hora que não consegue alimentar, por dor, por tudo isso (Quartzo).

Nos relatos anteriores destaca-se também que o enfrentamento dos problemas pode provocar a sensação de fracasso, que pode ser um depósito de

expectativas criadas pelos sujeitos e que houve insucesso. Polido (2009) também explica pelo fato da mulher se culpabilizar e subestimar suas próprias necessidades.

Com relação à introdução da alimentação complementar antes da criança completar 6 meses de idade, três mães relataram que introduziram fórmula infantil ou outro alimento na alimentação do seu filho devido às dificuldades enfrentadas durante a amamentação e apenas uma conseguiu manter o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, apesar das dificuldades que enfrentou, conforme os relatos a seguir:

[Ela] passava a noite chorando com fome, aí eu comecei a dar a fórmula e dava o peito só à noite, porque não saía muito leite...Com 3 meses ela começou a comer fruta e com 4 eu comecei a dar comidinha pra ela (Turmalina).

No dia que ela não quis mais mamar e eu dei a mamadeira ela tomou até altas horas... Ai sim ela parava de chorar, ficava calma depois que tomava o leite artificial (Topázio).

Com quatro meses eu falei para ele [enfermeiro: não tô amamentando mais, vou dar comida. Ele [disse]: vamos! Aí ele me falou tudo direitinho, como dar comida para ele, o que dar, o que não dar. Como preparar, tudo, tudo assim. Ele chegou a ir na minha casa para fazer isso. E isso foi bem interessante, bem legal. Eu assim, fui muito bem assistida por ele também (Quartzo).

Eu amamentei meu filho exclusivamente no peito por 6 meses. Não dei chá, não dei água, não dei nada pra ele, só o peito. Mas quando chegou 6 meses e que ele já estava liberado para comer, no dia que falaram pronto, hoje ele já pode comer sopinha eu já corri pro fogão e fiz pra ele (Ágata).

Percebe-se que a decisão de introduzir outros alimentos na alimentação do filho, além do leite materno ou em substituição a ele, pode estar associada à insegurança da mãe com relação à falta de saciedade do seu filho, muitas vezes caracterizado por choro. Indiretamente a mulher sente-se insegura em manter o leite materno como única fonte de alimento do bebê, além do desejo da mãe em manter seu filho alimentado que muitas vezes, devido às dificuldades enfrentadas na amamentação, optam em introduzir fórmula infantil na alimentação de seus filhos, mesmo que não tenha os mesmos valores nutricionais que o leite materno, é um alimento “de fácil acesso e manuseio, e satisfaz a necessidade momentânea da mãe em alimentá-lo” (OLIVEIRA, *et al.*, 2015).

Ainda segundo Oliveira *et al* (2015) os profissionais de saúde exercem um papel fundamental nesse momento. Por isso, devem adotar uma postura acolhedora, com escuta qualificada, livre de julgamentos, fortalecendo dessa forma o vínculo entre o profissional e a usuária. Essa postura gera confiança e estimula a autonomia da mãe em decidir o que fazer. Dessa forma, o profissional de saúde estará contribuindo para a manutenção do cuidado da saúde da mulher e da criança. No que diz respeito ao profissional da Estratégia de Saúde da Família, o relato de Quartzo confirma que esse vínculo é fundamental para manter a assistência de todas as linhas de cuidado da família e facilitar o acesso desse usuário ao serviço a partir da relação de confiança estabelecida.

4.4.2 Aspectos simbólicos da amamentação para as nutrizes

Mediante ao contexto de vida das usuárias, o estudo permitiu apreender as acepções da amamentação na perspectiva dos sujeitos envolvidos diretamente com este fenômeno. Houve relatos que consideram a amamentação mais do que a fonte de alimento da criança, mas um processo de fortalecimento de vínculo entre a mãe e seu filho, contudo surgiram posicionamentos contrários, como sendo uma experiência negativa.

Pra mim [a amamentação] é tudo. Nessa fase de mãe e filho eu acho que é tudo: carinho, amor, porque na hora da amamentação ali, mesmo sofrido que nem eu, era a melhor parte. Eu gostava de amamentar meu filho, eu não achava ruim (Ágata).

Horrível, estressante. Eu falo mesmo, não pretendo ter outro filho (...) E a educação, é a parte mais difícil de ter filhos hoje em dia. Entre a educação e a amamentação, eu prefiro a amamentação. Risos (Quartzo).

Neste âmbito, a subjetividade do eu vivencial é expressa pelos meios aos quais os indivíduos são direcionados a atuar sobre si mesmos, a partir de formas de discursos que condizem à verdade, por meio do autoconceito, baseado em suas experiências passadas, estimulações presentes, expectativas futuras, dimensão cultural e social que podem permear o repertório de atuação do sujeito em função de sua vida

(RABINOW, 2006). Deste modo, ao se tratar da subjetividade associada ao contexto da amamentação, se faz necessário mencionar os exercícios cotidianos que dizem respeito às relações que o ser humano estabelece consigo mesmo e com o mundo a partir de códigos, regras e normas produzidas socialmente (MEDEIROS *et al.*, 2005) e que podem interferir na concepção do ato de amamentar.

Outro aspecto citado nos relatos, o vínculo mãe e filho encontra respaldo na literatura científica (FAUSTINO - SILVA *et al.*, 2008). Estudos confirmam que através da amamentação, o binômio mãe-filho tem maior oportunidade de envolvimento e afetividade, favorecendo o mais amplo patamar de comunicação social, psicológica e emocional entre a mãe e filho (NASCIMENTO, 2017).

Araújo (2007) relata a ambivalência de sentimentos da mulher que amamenta, a qual a priori percebe a amamentação como algo bom, e em um segundo momento reflete sobre suas consequências positivas e negativas. A amamentação sob o ponto de vista positivo é resultante da relação do ato de amamentar e do amor materno, muitas vezes visto como instintivo, natural e inevitável, construída por elementos da natureza e da cultura, se tornando uma categoria híbrida.

No que diz respeito à percepção da mulher com relação ao seu leite, observamos que em alguns discursos as mulheres consideram seu leite fraco pelo fato da criança chorar muito. Além de se fazer importante ressaltar a relação da mulher com o cuidado do seu próprio corpo.

Dizem que não tem essa de leite fraco, mas eu acho que era fraco porque ela [a filha] chorava a noite toda (Turmalina).

Por mais que eu fazia força não saía nada, nada, nada. Quando saía era um liquidozinho bem transparente, bem pouquinho. E aquilo ali não alimenta criança não (Ágata).

Eu me lembro de minha mãe falar que eu não mamei leite normal de criança, de recém-nascido. Eu já mamei mingau, e uma mamadeira cheia. Ela falava assim, Quartzo você mamava e em menos de duas horas você estava berrando. Então, assim, eu acredito que não sustente mesmo. E se sustentasse eu não perderia o leite com dois meses (Quartzo).

Podemos associar as citações anteriores a informações contidas em estudos que afirmam que o leite fraco está relacionado a fatores culturais. Porém, há

comprovações científicas de que a maioria das mulheres produz leite em quantidade adequada para sustentar seu filho (OLIVEIRA, *et al.* 2015). Ainda segundo o mesmo estudo, essas afirmações maternas podem estar relacionadas a falta de informação ou desconhecimento das mães com relação à importância do seu leite. Pode estar relacionado ao desconhecimento do processo de produção deste alimento em seu organismo ou mesmo a interpretação da mãe com relação ao choro do bebê que nem sempre está relacionado a fome, porém em muitos casos a mãe faz essa associação. Contudo, em alguns casos essa afirmação pode acontecer para justificar o fato da mãe não querer amamentar e por medo de julgamentos opta por dar essa explicação.

Ramos (2003) destaca que o leite fraco é uma das construções sociais mais referidas como modelo explicativo para o desmame precoce, sendo uma poderosa percepção materna sobre conceitos e anseios da amamentação. Na perspectiva de utilização da terminologia leite fraco, como alegação para o desmame, tem um aspecto cultural e secular do movimento higienista do século XIX, a qual promove a amamentação por meio de ações que buscam responsabilizar a mulher pela saúde do filho e as dificuldades vivenciadas no transcurso da amamentação.

Outros estudos apontam várias causas para o desmame, referindo-se frequentemente a informações recebidas sobre a amamentação e dificuldades encontradas na vivência da amamentação, nas quais as mais comuns são a crença de leite fraco, pouco leite ou que o leite secou. Essas pesquisas têm contribuído para dissipar dúvidas e incertezas quanto ao processo de amamentação, por possibilitar conhecer o fenômeno na perspectiva da mulher e apreender a realidade da mulher lactante (ARAÚJO, 2007).

Essas discussões permitem ampliar o olhar para as atividades executadas pelos profissionais de saúde, para que sejam mais abrangentes e contemplem dúvidas que interferem comumente nas práticas de aleitamento materno e se forem melhor trabalhadas possibilitam maior duração da amamentação, com ações voltadas para promoção do aleitamento materno em conjunto com as interfaces da humanização, com mecanismos e espaços de gestão participativa, estratégias educativas efetivas, colaborando dessa forma para organização do serviço.

As mulheres, ao referirem a amamentação, expressam sentimentos positivos e negativos, além de uma ambiguidade de sentimentos que variam desde frustrações por

não conseguir amamentar a sentimentos de solidão e falta de acolhimento, em que muitas vezes não são perceptíveis por pessoas que estão próximas e não são visíveis na singularidade do cuidado na atenção da unidade básica de saúde.

Um sentimento desesperador você nessa situação e ver seu filho bebezinho ali, questão de dias, chorando de fome e você não poder dar nada pra ele. Você saber que esta produzindo tanto leite e não poder amamentar.... Eu botei na minha cabeça que o outro peito não tinha leite (Ágata).

Quando eu comecei a amamentar então, nossa. Eu não aguentava ver ninguém, eu não falava com ninguém. Eu entrava em crise, eu chorava o tempo todo, se alguém falasse: quero ver você amamentando. Ahh você não vai me ver amamentando não, sai. Não amamentava fora de casa, e quando estava dentro de casa, até com o meu esposo, sai do quarto, porque eu chorava, sentia muita dor (Silêncio). Então, foi bem frustrante, é uma parte bem frustrante de ser mãe é a amamentação (...). Pela dor, pelo psicológico, pela pressão psicológica que as pessoas fazem em você. Acho que nem a dor, porque chega a um ponto, dor a gente suporta, agora essa pressão psicológica de você ficar, você tem que amamentar, você tem que fazer isso. Se não for uma pessoa bem resolvida ela vai pirar. Ela não consegue amamentar (Quartzo).

Nos relatos acima, observa-se a culpabilização da mulher pela dor que sente ao amamentar, o esforço físico, a fadiga, a limitação no desempenho de suas funções, o isolamento, e a angústia por não saber como agir. Araújo (2007) aponta que nestes momentos a mulher demonstra necessidade de apoio, auxílio externo e que sejam principalmente desprovidos de julgamentos.

Nesse sentido, as experiências vivenciadas pelas puérperas, emergem sentimento de culpa devido a estreita relação entre amamentação e o simbolismo do dever materno, em que pode haver insucesso devido às dificuldades encontradas, como pode ser superado por acreditar que o aleitamento é um evento que deve ser vivenciado pela mulher de maneira naturalizada e instintiva (JUNGES, 2010).

Pode-se afirmar que a intenção em amamentar estava presente no discurso de todas as entrevistadas, e conforme Polido (2009) este é o melhor preditor para o aleitamento materno adequado, enfatizando que para o ato de amamentar deve considerar todo o contexto em que a mulher está inserida.

Eu ficava doida pra dar o peito. Com três meses ela começou a ter problemas, teve início de bronquite e eu doida pra dar o peito. É tão bom né, o leite materno. Meu sobrinho mama até hoje e é da mesma idade dela e ele é forte (Turmalina).

Nossa, era maravilhoso, muito bom. Meu sonho era amamentar ela até um ano, mas ela não quis (Topázio).

Realizada, me sinto realizada. Eu me sinto com o dever cumprido. Consegui até os 6 meses manter meu filho só no peito. Apesar de amamentar ele só em um peito, eu tinha muito leite (Ágata).

A interferência da alimentação materna na amamentação é uma crença cultural que merece destaque e está presente em todos os relatos. Independente de condição socioeconômica ou idade, as nutrizes receberam recomendação de pessoas próximas com relação aos alimentos que deveriam ser consumidos para aumentar a produção de leite.

Minha mãe fazia muita canjica pra mim. Dizem que a galinha caipira era boa né. Ela fazia também. Que eu lembro é só. Mas não ajudou nadinha (Turmalina).

Falaram pra comer mingau de milho, cuscuz e outras comidas que eu não lembro agora, todo dia minhas sobrinhas faziam pra mim... E água, bastante líquido era o que a enfermeira me orientava. Era suco o tempo inteiro. Acho que foi por isso que eu produzi muito leite, por causa da água e dos líquidos (Ágata).

Considerando a relação entre alimentação e cultura, conforme Maciel e Castro (2013) descrevem, nenhum alimento está livre das associações culturais: o alimento possui seu valor nutritivo que o caracteriza do ponto de vista biológico, como também apresenta o valor simbólico, que pode interferir diretamente na conduta dos sujeitos. Neste aspecto, social e historicamente há uma supervalorização dos conhecimentos populares, das crenças e tabus associados à produção do leite materno, que pode estar associado a rede social das lactentes e que reforça os conhecimentos passados por gerações e contribui para formação de suas opiniões e atitudes (POLIDO, 2009).

Contudo, podemos analisar o aumento da produção de leite associada ao consumo de certos alimentos com a sensação de bem estar da mulher. Não podemos

dizer que as crenças culturais referentes a esses alimentos estejam erradas, mas se faz necessário interpretar a significação comportamental e o impacto nas emoções dessas mulheres. Acreditamos que a sensação de estar sendo cuidada e de contar com o apoio de pessoas com quem tem um vínculo afetivo criam um ambiente de segurança e tranquilidade que são favoráveis para o aumento da produção do leite materno.

4.4.3 Descrição do itinerário terapêutico (IT)

A construção do IT fomentou discussões acerca da acessibilidade e o trajeto percorrido pelas usuárias para garantia do aleitamento materno. Deste modo, a partir das considerações de Leite e Vasconcellos (2006) as expectativas que as usuárias apresentam sobre a maternidade podem elucidar a relação com as dificuldades apresentadas na amamentação e como superá-las, as quais podem indicar as interpretações prévias formuladas pela mulher que vivencia dificuldades para amamentar que pode coincidir ou não com o que a equipe e os órgãos de saúde orientam.

De acordo com o relato de Quartzo, ela buscou diversos locais e meios de comunicação para conseguir enfrentar as dificuldades com a amamentação, além de discorrer sobre a relação com o acesso aos serviços de saúde, o qual por muitas vezes encontra-se fechado, não há profissionais para atender e/ou orientar, desencadeando uma série de empecilhos para garantia de uma rede de cuidado em ação.

(...) eu lia na internet, eu perguntava para as minhas amigas, eu fui no posto, eu fui no HMIB, HRT, HRSAM, também tem aquele apoio e tudo (...) fui no HRT, que é um centro de referência de amamentação, é do HRT não é? O banco de leite alí é muito bom, o pessoal te atende, mas no dia que eu fui estava fechado. Eu voltei outra vez e tinha só uma enfermeira lá e ela não sabia explicar muito bem, aí foi quando eu vim para o da Samambaia. Aí encontrei a mulher que cuidou dele na época que a gente estava lá, e ela me explicou, olha, realmente é o jeito dele pegar, ele não está conseguindo pegar direito (Quartzo).

Mediante narrativa descrita acima, Gerhardt (2009) aponta que ao decorrer do processo de busca pelo cuidado, considera-se relevante refletir sobre o lugar da pessoa como “protagonista de situações que funcionam não só como fomentadoras de vulnerabilidade, mas também como formas possíveis de proteção” (p.280). Em que as escolhas dos usuários se expressam pela construção subjetiva individual e coletiva sobre esse contexto, escolhas que podem adotar ações, constituir e determinar o percurso a ser concretizado pelo usuário/paciente do serviço de saúde (CABRAL *et al*, 2009). Estudos também preconizam o lugar da acessibilidade a saúde e suas influências na busca de cuidado dos indivíduos, como evidenciado no trabalho de Lopes *et al* (2004), em que a acessibilidade foi relacionada com o conjunto de fatores considerados como obstáculos na busca da atenção à saúde e na capacidade de superação dos usuários.

Os fatores que influenciam a utilização dos serviços de saúde também foram observados por Cabral *et al* (2009), que descreve a existência de duas abordagens, uma de cunho positivista que evidencia a caracterização entre usuários e não usuários, através dos padrões de comportamentos relacionados ao uso do serviço, enquanto facilitadores ou como barreiras, que por sua vez, podem ser psicológicas, geográficas e estruturais para o acesso. Já a outra abordagem é característica por ser dinâmica, que aborda a procura aos serviços de saúde como um processo também social.

Todas as mulheres buscaram apoio na unidade básica de saúde com relação às dificuldades apresentadas no decorrer da amamentação após a alta hospitalar, conforme demonstrado nos relatos a seguir:

Procurei o posto e eles me indicaram a passar o leite, depois tomar banho de sol, mas não resolveu não (Topázio).

“Liguei pra enfermeira e contei a história pra ela e disse que ela tinha que passar na minha casa... Fez à ordenha no meu peito, com toda a força que ela tinha...Antes de ir embora me orientou a ir pro hospital Eu falei: eu não vou pra lá. Eu não vou pra esse tal de banco de leite, porque vão machucar meu peito” (Ágata).

“Ele [o enfermeiro] vinha na minha casa, todo dia. Ele olhava o leite que eu estava dando, ele olhou, quando eu comentei com o ACS que levou ele lá em casa, ele olhou meus seios, tipo, como eu amamentava, me explicou como eu segurava, como fazer tudo, mas não adiantou” (Quartzo).

Merhy (2004) aponta que o acolhimento pode ser apreendido como trabalho vivo em ato, com a contribuição e cooperação dos trabalhadores de saúde, conduzindo a produção do cuidado. Este apoio demonstra o processo de comunicação e do funcionamento da rede na relação entre os profissionais de saúde e o paciente, o que torna relevante para a análise do estudo pelo fato do processo de comunicação ser um subsídio à assistência básica de saúde, no âmbito do apoio às dificuldades apresentadas e como estas podem influenciar na compreensão da usuária quanto ao processo de aleitamento materno e na busca pelo cuidado.

Araújo e Cardoso (2007) ressaltam que a relação constitutiva entre comunicação e saúde é antiga. A comunicação, portanto, segundo Rangel (2012), pode ser atribuída como um fenômeno complexo e com suas particularidades, além de ser uma condição da existência humana. A autora caracteriza a comunicação como sendo “um fenômeno de expressão, interação e diálogo entre sujeitos, mediante o qual são produzidos sentidos para os demais fenômenos da vida cotidiana” (RANGEL, 2012, p.4).

As orientações sobre amamentação fornecidas no decorrer do pré-natal e puerpério podem apresentar vários sentidos e significados, podendo ser totalmente aproveitadas na prática, bem como não serem assimiladas ou utilizadas. Desta forma, em algumas narrativas, há posicionamentos quanto ao processo de comunicação estabelecido, de modo a interferir na compreensão de como seria o ato de amamentar e como seria o enfrentamento de possíveis dificuldades durante a amamentação.

Recebi todas as informações: Como era a pega, como deveria ser quando ferisse, o jeito que tinha que cuidar. Quando eu ia pro pré-natal a enfermeira falava que eu tinha que dar banho de sol, que eu tinha que colocar ela do jeito certo (Topázio).

A enfermeira me ajudou bastante, me explicou tudo. As orientações serviu, mas tinha horas que eu ficava desesperada (Turmalina).

Mas precisa, essa parte de orientar, de melhorar, achar caminhos para melhorar a amamentação da mulher é importantíssimo. Se eles acham importante para a criança, eles têm que entender que a mãe também é um ser humano, não é uma máquina. Eu ouvi no hospital bem assim, ahh você não quis ter filho? Agora você aguenta. Não é assim (Quartzo).

Teixeira *apud* Rangel (2012) salientaram as diferenças entre os métodos que informam as práticas de comunicação e saúde no Brasil, observando as abordagens teóricas. Fausto Neto *apud* Rangel (2012) apontaram os modos como a comunicação é observada pela área da saúde, enfatizando o contexto do serviço de saúde e o processo de comunicação na relação serviços/ usuários, como possibilidade de tornar acessível à população a informação em saúde (TEIXEIRA *apud* RANGEL, 2012). Entretanto ainda é compreendido o processo de comunicação como uma barreira entre os usuários/pacientes e os profissionais de saúde.

Desta forma, é necessário que os profissionais de saúde reflitam sobre as condutas adotadas e como podem melhorar e ampliar sua comunicação com as usuárias, para que de fato se constitua uma rede de cuidados resolutiva, e superar a visão da comunicação como simplesmente associada à troca de mensagens entre emissor e receptor, mas sobretudo, compreender o processo de interação e a intersubjetividade que os envolvem (TEIXEIRA *apud* RANGEL, 2012).

Podemos analisar ainda que os relatos anteriores nos remetem a importância da educação em saúde. Acredita-se que esse processo educativo deve ser dialógico e contínuo, ocorrendo não apenas nas atividades coletivas, mas em cada contato do profissional com usuário. Deve respeitar a vida cotidiana das pessoas, seus conhecimentos, hábitos, crenças, saberes e as condições em que vivem, caracterizando-se por práticas educativas sensíveis às necessidades dos usuários. Dessa forma, possibilita que os usuários compreendam as informações recebidas e as adequem às suas necessidades (ALVES, 2005).

Foi constatado que todas as entrevistadas receberam diversos tipos de cuidados com relação às dificuldades apresentadas no processo de amamentação, quer seja o apoio de profissionais de saúde ou mesmo o apoio familiar.

Minha mãe me ajudava a tentar puxar (Turmalina).

Procurei o posto e eles me indicaram a passar o leite, depois tomar banho de sol, mas não resolveu não. Ficou pior... eu perguntava a algum familiar o que fazer e eles diziam pra dar caldo de feijão e empurrar comida nela (Topázio).

Eu recebi apoio da enfermeira do Centro de Saúde e das minhas duas sobrinhas. Pra mim foram as pessoas mais importantes desde a minha gravidez e na a amamentação. O apoio delas foi fundamental pra mim... Também tive apoio do meu esposo (Ágata).

É válido salientar a relevância do conhecimento humano dos profissionais de saúde envolvidos na atenção ao aleitamento materno, entretanto, quando sua ação se torna mecânica e biologicista, desconsideram a unicidade de cada ser, que é essencial para minimizar as dificuldades provenientes do aleitamento materno (NASCIMENTO, 2017).

O cenário da assistência apresenta uma série de atores que atuam na promoção ao aleitamento materno, mas o enfermeiro é sempre o mais citado pelas usuárias, o que pode remeter à forma como o vínculo e o cuidado são tradicionalmente trabalhados e significados desde a formação deste profissional, impactando em suas ações. Contudo, no momento em que as orientações dos profissionais não são assimiladas, o apoio familiar se faz presente, marcado inclusive pela herança ancestral. Todo o apoio recebido pode ser traduzido em uma rede de cuidados de suma importância para lactente.

O cuidado compartilhado entre profissionais de saúde e a rede de apoio extensa (família, amigos, vizinhas) constituem um cuidado ampliado, no qual os diferentes saberes são levados em consideração. Essa relação contribui para a busca do bem estar da saúde da criança e da puérpera. Em contrapartida, a ausência de apoio pode gerar insegurança e sentimento de solidão nessa mulher, propiciando o desenvolvimento de transtorno psiquiátrico pós-parto. Diante disso, faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam atentos para identificar precocemente esses fatores de risco, inclusive no que diz respeito a conflito interno devido contradições de orientações recebidas tanto por profissionais quanto de pessoas do convívio familiar.

A busca por cuidado quando se é profissional da área de saúde evidencia a diferença entre o conhecimento teórico e a prática permeada por uma experiência de vida, conforme relatado por Ágata. Este exemplo demonstra a pertinência da discussão sobre os limites do acesso ao conhecimento técnico no contexto da vivência dos sujeitos, desde a percepção de invulnerabilidade, por ser um profissional da área de saúde e acreditar ter conhecimentos suficientes, até a experiência concreta como mãe, nutriz e usuária do serviço de saúde, e como a relação com o conhecimento pode

dificultar a verbalização de suas necessidades, especificamente no contexto que permeia a assistência (VALDÉS e OLAVARRÍA, 1998 *apud* COUTO *et al*, 2010). Discutir os valores sociais que influenciam os comportamentos de trabalhadores da área de saúde com referência ao cuidado e a busca de assistência se faz necessário para repensar a organização do cuidado e a prática dos profissionais.

Eu recebi orientações durante a consulta, porque eu não participava das reuniões de PN. Eu achei que seria tranquilo tipo assim, eu não participei das reuniões de PN, mas eu sabia o que eu tinha que fazer, eu sabia como eu tinha que fazer os cuidados com o bebê, tudo isso eu sabia. Aí como eu achava que sabia eu não participei (...) achava que sabia tudo, mas que na hora H, na realidade é bem diferente. A gente acha que tudo é fácil e não é. Amamentar não é fácil. Pra mim foi muito difícil (Ágata).

Nas narrativas foi possível observar que faziam uso de alguns produtos ou procedimentos para amenizar as dores e dificuldades para amamentar:

Eu passava uma pomada muito boa. Minha mãe passou no [peito] dela e depois passou pra mim. Ela teve uma filha quase perto. Ela também me dava muita coisa pra comer pra tentar dar leite (Turmalina).

Procurei o posto e eles me indicaram a passar o leite, depois tomar banho de sol (Topázio).

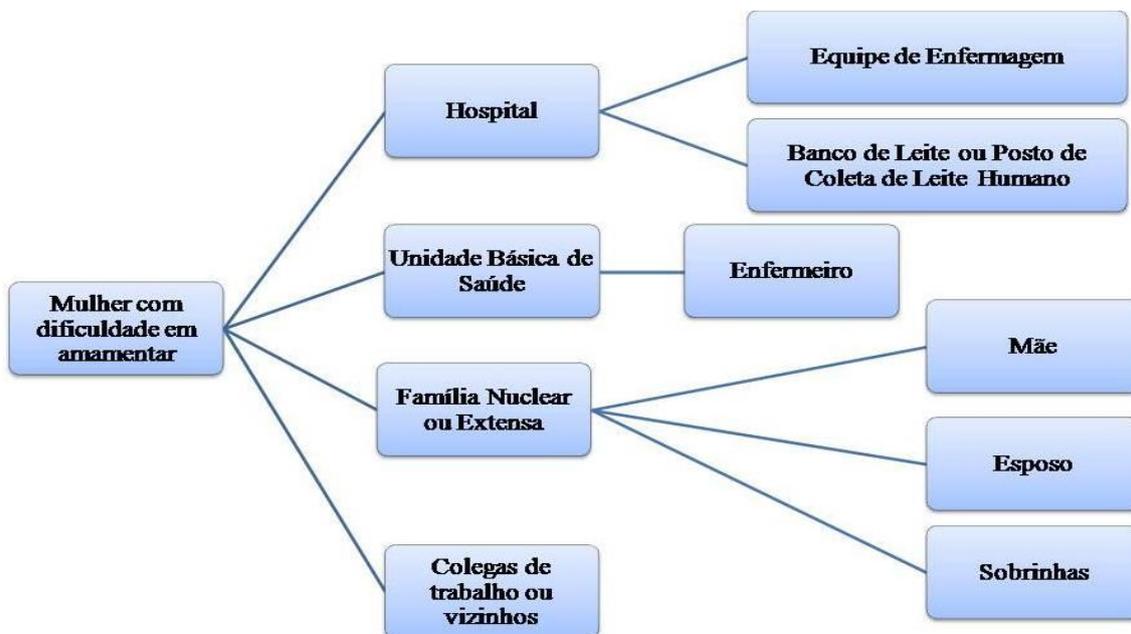
Daí eu tive que pegar e fazer algo que eu não aprendi no PN, que não me ensinaram porque é errado, a famosa bombinha. Eu digo que foi ela quem me salvou. Quem me deu ela foi uma outra colega de trabalho que ficou sabendo do meu desespero (Ágata).

Me falavam pomada, ela é caríssima, não me lembro do nome agora, ela é uma rosa, não funcionou. Aí minha amiga me deu outra pomada, essa melhorou um pouco, colocava a pomada, colocava no sol, colocava a conchinha, e casca de banana que dizem que é bom, óleo, óleo Jonhson, tudo isso que me falavam eu fazia, puxa na bombinha, eu ficava marcando horário no celular pra fazer e não adiantou (Quartzo).

O itinerário terapêutico é utilizado na literatura para definir a construção do percurso realizado, que é composto através de movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos, e pode incluir recursos associados aos cuidados caseiros, práticas

religiosas, dispositivos biomédicos considerados como predominantes, como exemplo, a atenção primária, incluindo os recursos individuais, e o contexto social existente (CABRAL *et al*, 2009).

Ilustração 7 – Diagrama do Itinerário terapêutico percorrido pelas mulheres entrevistadas



Durante a discussão dos dados coletados e a construção do diagrama do IT percorrido, constatou-se que vários fatores contribuíram para o percurso das /usuárias na construção da sua trajetória. Pode-se ainda conhecer as decisões tomadas pelas mulheres no que diz respeito a busca desse cuidado, visualizando quais apoios institucionais foram buscados, bem como os profissionais que prestaram assistência, prevalecendo a presença do enfermeiro.

Identificamos ainda a rede de apoio familiar, sobretudo, a relação simbólica mãe e filha, principalmente no momento em que a filha se torna mãe, e a solidariedade existente nessa relação, como também a compreensão e colaboratividade entre as mulheres. Destaca-se a importância da presença do esposo tanto no que diz respeito ao suporte dado a mulher que vivenciou dificuldades na amamentação, como também exercendo o papel da paternidade no acompanhando do desenvolvimento e crescimento da criança através das questões relacionadas a alimentação do bebê.

Percebe-se ainda a presença de colegas de trabalho ou vizinhos, demonstrando dessa forma que a rede de apoio perpassa o vínculo sanguíneo ou profissional, demonstrando a versatilidade e diversidade na composição dessa rede. Esse envolvimento de outros atores pode ser considerado como fundamental para o fortalecimento da saúde mental materna bem como o desenvolvimento da criança devido a rede de proteção estabelecida a partir desse apoio.

Acredita-se que os caminhos percorridos por essas mulheres no IT, retratam suas histórias de vidas, seus conhecimentos, crenças, culturas e toda a subjetividade que as permeiam, sendo esses fatores determinantes na escolha de qual trajeto seguir, conforme o que acreditam suprir sua necessidade de apoio e cuidado no momento de dificuldade (Bellato, 2008).

4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo qualitativo contribuiu para a compreensão das dificuldades em garantir o aleitamento materno exclusivo e sua relação com a construção e organização do cuidado no processo da amamentação, possibilitando a criação de um campo discursivo sobre a temática.

Deste modo, compreender a trajetória percorrida pelas nutrizes para garantir o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança nos possibilitou conhecer a organização do serviço de saúde da UBS nº 03 de Samambaia, a rede de apoio à estas mulheres e as dificuldades vivenciadas por elas durante a amamentação.

Ao identificar que todas as mulheres entrevistadas vivenciaram a experiência da amamentação pela primeira vez e apresentaram dificuldades neste momento, demonstra que o sucesso do ato de amamentar depende de fatores sociais, culturais, emocionais, psicológicos, físicos e tecnológicos que se relacionam a todo momento com a história de vida do sujeito e com o período puerperal.

Neste contexto, é necessário considerar a subjetividade da mulher e seu empoderamento, tanto a nível intelectual - de compreender o processo de amamentação e sua importância e benefícios para a mãe e a criança - como no sentido de aumentar a autonomia para decidir como deseja conduzir a amamentação ou mesmo interrompê-la,

minimizando os sentimentos de frustração e culpa. Evidencia a relevância do apoio e orientação às mulheres em todo o curso gravídico-puerperal.

Para isto, é necessário ampliar a visão dos profissionais de saúde para uma reflexão das práticas adotadas e a importância da produção do cuidado através de ações humanizadas, estratégias educativas que contemplem uma visão holística das usuárias e gestão participativa. E assim, reduzir as barreiras existentes na comunicação entre pacientes/profissionais, aumentando a interação e o diálogo entre os sujeitos.

Através da narrativa de Ágata, se faz presente um assunto pouco abordado nos estudos científicos: a perspectiva da busca pelo cuidado por profissionais de saúde que assim como os demais usuários, também necessitam de cuidado. Fato que pode dificultar a verbalização das reais demandas dos sujeitos. Isso aponta a necessidade em aprofundar a problemática e discutir os valores sociais que influenciam os comportamentos de profissionais da saúde com referência a busca por assistência a saúde.

Deste modo, é relevante repensar a organização do cuidado no âmbito da acessibilidade à saúde, interação e comunicação entre os sujeitos na perspectiva da integralidade do cuidado, intensificando o apoio a saúde da mulher no puerpério, colaborando para o fortalecimento da rede e de políticas públicas de promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno condizentes com a realidade.

4.6 PLANO DE AÇÃO:

A partir dos resultados apresentados, verificou-se a necessidade de propor ações para auxiliar a unidade a gerenciar o cuidado no processo de aleitamento materno. Dessa forma, realizamos uma reunião na UBS N 03 de Samambaia para devolutiva dos resultados da presente pesquisa. Estavam presentes as duas pesquisadoras, os gestores da unidade, os coordenadores de equipe de Saúde da Família, equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e profissionais de saúde residentes que atuam na unidade.

Não foi possível a participação das usuárias que colaboraram com a pesquisa devido a mudanças estruturais que ocorreram na unidade neste dia. Na oportunidade, refletimos com os profissionais presentes com relação à assistência

prestada às mulheres no período do puerpério e aos recém-nascidos, sobretudo no que diz respeito ao aleitamento materno. A partir de tal reflexão foi possível elaborar estratégias de ação. Espera-se que essas propostas possam colaborar com a qualificação do serviço de saúde e que sejam viáveis e aplicáveis.

4.6.1 Nós críticos:

A pesquisa permitiu identificar alguns nós críticos que necessitam de intervenção, sendo eles:

Falta de orientações claras e objetivas durante o curso gravídico-puerperal mediante a realidade dos sujeitos, observando sua condição socioeconômica, suas crenças, cultura, representações simbólicas e sua intersubjetividade;

Necessidade de envolvimento de outros profissionais da equipe multiprofissional no apoio para com as usuárias;

Fragilidade no vínculo da equipe multiprofissional com as usuárias, reduzindo a comunicação e interação com as mesmas;

Pouca autonomia e empoderamento das mulheres mediante ao conhecimento sobre a amamentação, ao seu próprio corpo e poder de decisão sobre como deseja conduzir a amamentação ou interrompê-la;

A dificuldade da busca pelo cuidado por profissionais de saúde que necessitam de cuidado;

Interação reduzida da UBS com os demais serviços da rede interferindo na acessibilidade das usuárias aos demais serviços de saúde.

4.6.2 Atores chaves:

Mulheres com dificuldades em amamentar, profissionais de saúde, gestores da unidade, rede familiar das mulheres que apresentam dificuldades com a amamentação.

4.6.3 Interlocutores:

Profissionais de saúde, gestores da unidade, mulheres que vivenciaram a experiência de amamentar, parceiros da rede social e da comunidade.

4.6.4 Possíveis ações:

A seguir, destacam-se ações a serem desenvolvidas pela UBS, conforme pactuado na reunião de devolutiva da pesquisa, realizada em 18 de abril de 2018. Ressalta-se a possibilidade de envolver parceiros externos. O espaço físico para as atividades pode ser na própria UBS ou em outro espaço na comunidade como centro comunitário, igrejas, centro social, escolas e outros equipamentos que estejam disponíveis e que sejam de fácil acesso para o público alvo das ações.

Quadro 1 - Possíveis Ações

Ação	Estratégia	Materiais necessários	Público
Educação permanente em saúde com temas pertinentes à assistência materno-infantil, possibilitando subsídios para a construção de um fluxo interno de acolhimento das demandas desses usuários.	Capacitação <i>in loco</i> com atividades teóricas e práticas como oficinas, estudos de casos, dentre outras formas de metodologias ativas que possam facilitar o processo de aprendizagem.	Papel craft, papel A4, canetas, tesouras, cola branca, pincel atômico, lápis, borracha, computador, impressora, espaço físico da UBS.	Servidores da UBS 03 de Samambaia, Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) da Regional
Educação Popular no âmbito da	Integralidade do cuidado, considerando	Espaço físico da UBS ou outro	Usuárias do serviço, os profissionais da

<p>saúde holística, em parcerias com instituições da rede social de Samambaia que prestam atendimento às mulheres desde a fase gestacional à puerperal.</p>	<p>o ser em sua totalidade e o fortalecimento da autonomia da mulher através do incentivo para participação nos grupos de educação em saúde e das Práticas Integrativas em Saúde (PIS) ofertadas na unidade.</p>	<p>espaço disponível na comunidade, Papel, Caneta, Datashow, tela, papel craft, pincel atômico</p>	<p>UBS nº 03 de Samambaia, Posto de Coleta de Leite Humano, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Referência da Assistência Social, Centro Social Alan Kardek (presta apoio à gestantes residentes em Samambaia e que estejam em situação de vulnerabilidade) e outros parceiros da rede.</p>
<p>Ações de fortalecimento de vínculo familiar através do envolvimento da rede de apoio desde o pré-natal até aos cuidados com o recém-nascido e puérpera.</p>	<p>Atividades coletivas, atendimentos individuais ou compartilhados com a equipe do NASF-AB, visitas domiciliares, dentre outras ações individualizadas para cada caso.</p>	<p>Espaço físico na UBS, da comunidade ou em domicílio.</p>	<p>Gestantes / puérperas e seus familiares ou rede de apoio, profissionais de saúde da UBS.</p>

<p>Co-responsabilização do cuidado por parte de todos os profissionais da equipe, retirando com isso o foco do enfermeiro e atuando na lógica da Clínica Ampliada do Cuidado.</p>	<p>Envolver outros profissionais da equipe de saúde da família e da unidade, desde o planejamento das ações (consultas de pré-natal, visita domiciliar após o parto, grupos educativos, dentre outras), estimulando a responsabilização de todos da equipe no processo de cuidado,</p>	<p>Papel A4, computador, impressora.</p>	<p>Enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, ACS, equipe NASF-AB e gestores da unidade</p>
---	--	--	--

4.6.5 – Gestão do projeto:

Propõe-se que a gestão do projeto seja conduzida por uma comissão executiva, com a participação paritária de equipe interdisciplinar e por parceiros da comunidade que se identifiquem com essa temática, visto que essa empatia possibilita motivação para o desenvolvimento das ações e a construção de redes de conexões existenciais e redes de cuidado em ação.

4.6.6 - Monitoramento e avaliação:

As ações serão monitoradas regularmente após o término de sua realização através de instrumento construído pela equipe executora, visando a consolidação dos dados, o registro e monitoramento detalhado das atividades desenvolvidas. Propomos que seja contemplado avaliação oral e escrita das atividades realizadas, objetivando conhecer a opinião dos participantes sobre cada ação e adequá-las constantemente de acordo as necessidades dos participantes. Outra sugestão diz respeito a avaliar a relevância dos temas abordados, bem como as metodologias utilizadas em cada ação,

além de verificar se o espaço físico e os materiais utilizados são adequados para cada uma delas.

REFERÊNCIAS

- Administração Regional de Samambaia (RA XII). **Conheça a RA**. Disponível em: <<http://www.samambaia.df.gov.br/category/sobre-a-ra/conheca-a-ra/>>. Acesso em 10 fev. 2018
- ALVES, Vânia Sampaio. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Interface (Botucatu) [online]. 2005, vol.9. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004>>. Acesso em: 11 mar. 2018
- ARAÚJO, Inesita; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- ARAÚJO, Raquel Maria Amaral; ALMEIDA, João Aprígio Guerra. **Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência**. Rev. Nut. Campinas, 2007.
- BELLATO, R.; ARAÚJO, L.S.; CASTRO, P. **O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde**. In: PINHEIRO, R.; SILVIA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (org). *Atenção Básica e Integralidade: Contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/ UERJ ABRASCO; 2008.
- BOCCOLINI, Cristiano Siqueira. **Aleitamento materno: determinantes sociais e repercussões na saúde infantil**. Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 11 jul.2017
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2017
- _____. Ministério da Saúde. SAS/DAB – Coordenação de Alimentação e Nutrição. **Mapa de Acompanhamento**. Disponível em: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/pg_mapa_psq.asp>. Acesso em: 07 mar. 2018
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013**. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e

Alimenta Brasil. 2013. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html>.
Acesso em: 11 de jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.
Acesso em: 02 mar. 2018

CABRAL, Ana Lúcia et al. **Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 2009.

Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio – PDAD 2015: Samambaia**. Disponível em
<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2015/PDAD_Samambaia_2015.pdf>. Acesso em 10 fev. 2018

COUTO, M. T. et al. **O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.33, p.257-270, abr. 2010. Disponível em:<<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/1708/O%20homem%20na%20aten%c3%a7%c3%a3o%20prim%c3%a1ria%20%c3%a0%20sa%c3%bade.pdf?sequence=1>>. Acesso em 03 fev. 2018.

Diário Oficial do Distrito Federal: **Decreto Nº 37.057, de 14 de Janeiro de 2016**. **Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**. Pág 1. Disponível em:
<http://www.buriti.df.gov.br/ftp/default.asp?dir=DODF%20N%BA%2010%20de%2015-01-2016&ano=2016&mes=01_Janeiro>. Acesso em 17 fev. 2018

Diário Oficial do Distrito Federal. **Portaria 77/2017 de 14 de Fevereiro de 2017**. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. da SES-DF. Pág 4. Disponível em:
<http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF%20033%2015-02-2017/DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2018

FAUSTINO-SILVA, Daniel Demétrio. et al. **Percepções e saberes de gestantes sobre aleitamento materno – um estudo qualitativo**. RFO, 2008.

FREITAS, Maria do Carmo Soares et al. **Sobre o campo da alimentação e nutrição na perspectiva das teorias compreensivas**. Revista de ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro. V. 16, n. 1, p. 31-38, jan., 2011.

FROTA, M. A., COSTA, F.L., SOARES, S.D., et al. **Fatores que interferem no aleitamento materno**. Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 61-67, jul./set. 2009.

GEERTZ, Clifford. **Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

GERHARDT, Tatiana. **Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor**. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araújo de Mattos. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. 1 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2009, v. 1, p. 279-300.

JUNGES, Carolina Frescura et al. **Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno**. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, 2010.

LAPLATINE, François. **Description ethnographique**. Paris: Armand Colin, p. 93-112, 2005.

LEITE, Silvana; VASCONCELLOS, Maria. **Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar**. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 113-128, 2006.

LOPES, Rosana; et al. **Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S283-S297, 2004.

MACIEL, Maria Eunice, CASTRO, Helisa Confield. **A comida boa para pensar: sobre práticas, gostos e sistemas alimentares a partir de um olhar socioantropológico**. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*, v.8, p.321-328, 2013. Suplemento. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/viewFile/6648/5676>>. Acesso em: 03 fev. 2018.

MEDEIROS, Patrícia. et al. **O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas**. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 21, n. 3, dez. 2005 .

MERHY, Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 1. Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Ed, Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. Ed, Petrópolis: Vozes, 2004.

MOEBUS, R. N., MERHY, E.E., SILVA, E. **O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha?** *Políticas e cuidados em saúde*. Livro 1, 1. ed., p. 43-53, Hexis, RJ, 2016.

NASCIMENTO, Bruna Grasielle da Silva. **A percepção das dificuldades na amamentação a partir da vivência em um projeto de educação popular: emoções**,

crenças e valores sociais. IV Congresso Nacional de Educação, Paraíba, 2017.

Disponível em:

<https://editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/TRABALHO_EV073_MD1_SA18_ID5750_16102017211852.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2018.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BOGUS, Cláudia Maria.

Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade* v.13, n.3, p.44-57, 2004.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000300006&script=sci_abstract&lng=pt)

12902004000300006&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 26 set. 2017.

OLIVEIRA, Carolina Sampaio de et al. **Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 mar. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância.** Revisão de Teresa Setsuko Toma. São Paulo: IBFAN Brasil, 2005. Disponível em: <www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2017

POLIDO, Carolina Guizardi. **Amamentação: das expectativas às vivências cotidianas de usuárias do sistema único de saúde.** Tese (Mestrado em enfermagem) – Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2009.

PORTA, Mario Ariel Gonzalez. **A filosofia a partir de seus problemas.** 1. Ed. São Paulo: Layola, 2002.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. **O conceito de biopoder hoje.** *Polit. Trab.*, n.24, p.27-57, 2006.

RAMOS, Carmen; ALMEIDA, João. **Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo.** *Jornal de Pediatria.*, n. 5, v. 79, 2003.

RANGEL, Maria Ligia. **Comunicação, educação e saúde: exercício para percepção e ação nas interfaces.** Mimeo, 2012.

SAMAMBAIA (DISTRITO FEDERAL). In: **WIKIPÉDIA**, a enciclopédia livre.

Flórida: Wikimedia Foundation, 2018. Disponível em:

<[https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Samambaia_\(Distrito_Federal\)&oldid=51461558](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Samambaia_(Distrito_Federal)&oldid=51461558)>. Acesso em: 8 mar. 2018.

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Samambaia.** Disponível em:

<<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/2016-01-27-14-36-54/278-regional-de-saude-de-samambaia.html>>. Acesso em 17 fev 2018.

SOARES, Jeyse Polliane de Oliveira et al. **Amamentação natural de recém-nascidos pré-termo sob a ótica materna: uma revisão integrativa.** *Rev CEFAC* v.18. n.1., 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462016000100232&lang=pt>. Acesso em 26 set. 2017.

TEIXEIRA, R. **Modelos comunicacionais e práticas de saúde.** Interface – comunicação, saúde, educação. Núcleo de Comunicação da Fundação UNn1, Botucatu, SP: Fundação UNI, 1997.

URUNG, Marie-Christine. **Analyse de contenu et acte de parole.** Paris: Editions Universitaires, 1974.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A Senhora está sendo convidada a participar do projeto: **Gestão do cuidado no processo de aleitamento materno exclusivo em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal.**

O nosso objetivo é compreender as dificuldades enfrentadas para a garantia do aleitamento materno exclusivo entre usuárias atendidas pela UBS nº 03 de Samambaia. Os resultados poderão contribuir na organização do serviço e da rede de apoio, para que a garantia do aleitamento materno exclusivo seja implementada e fortalecida.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que suas informações pessoais poderão ser revistas por pessoas devidamente autorizadas para conduzir a pesquisa, porém serão estritamente confidenciais e, de forma alguma, poderão tornar-se públicas.

A sua participação será através de entrevista que você deverá responder no local e na data combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de até 60 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder a entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo.

Informamos que a Senhora pode se recusar a responder qualquer questão que eventualmente lhe traga constrangimento ou que não queira responder, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para a senhora.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Unidade Básica de Saúde 03 de Samambaia podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador por no mínimo 5 anos.

Se a senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Carolina Pina, no telefone: _____, no horário: 8h as 12h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: 3329-4607 / 3329-4638.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Carolina Pina Camadaroba

Michellyne Vaz da Cunha

Brasília, ____ de _____ de _____