

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DA AMAMENTAÇÃO PARA MULHERES
QUE INTERROMPERAM PRECOCEMENTE O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO:
UM ESTUDO DE ENFERMAGEM

CÁCIA MÔNICA OSÓRIO

Rio de Janeiro
2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DA AMAMENTAÇÃO PARA MULHERES
QUE INTERROMPERAM PRECOCENTE O ALEITAMENTO MATERNO
EXCLUSIVO: UM ESTUDO DE ENFERMAGEM**

Cácia Mônica Osório

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- Curso de Mestrado, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Professora Orientadora:
Dr.^a Ana Beatriz Azevedo Queiroz

Rio de Janeiro

2006

Cácia Mônica Osório**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DA AMAMENTAÇÃO PARA MULHERES QUE
INTERROMPERAM PRECOCENTE O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: UM
ESTUDO DE ENFERMAGEM**Orientadora: Prof^a. Dr^a Ana Beatriz Azevedo Queiroz

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós- graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

.....
Prof^a Dr^a Ana Beatriz Azevedo Queiroz – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
(Presidente)

.....
Prof^a Dr^a . Selma Petra Chaves Sá – Universidade Federal Fluminense (UFF)
(1^a Examinadora)

.....
Prof^a Dr^a. Ivís Emília de Oliveira Souza – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
(2^a Examinadora)

.....
Prof^a Dr^a. Cristina Lavoyer Escudeiro – Universidade Federal Fluminense (UFF)
(Suplente)

.....
Prof^a Dr^a. Maria Aparecida Vasconcelos Moura – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
(Suplente)

Rio de Janeiro, 2006.

Osório, Cácia Mônica.

Representações sociais acerca da amamentação para mulheres que interromperam precocemente o aleitamento materno exclusivo: um estudo de enfermagem. / Cácia Mônica Osório - Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006. ix, 200f.

Orientadora: Ana Beatriz Azevedo Queiroz

Dissertação (Mestrado) - UFRJ/ EEAN/ Programa de Pós- graduação em Enfermagem, 2006.

Referências Bibliográficas: f. 139-150

1. Amamentação 2. Interrupção precoce 3. Representação social 4. Enfermagem

I. Queiroz, Ana Beatriz. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. III. Título.

CDD 610.73

Dedicatória

Ao meu marido João, agradeço a participação contínua durante a construção desse estudo. Tenho certeza que esta caminhada somente se concretizou porque você invariavelmente tornou-se presente durante esse período, me ajudando e me fazendo acreditar.

Aos meus filhos Guilherme e Daniel, obrigado por existirem e minhas desculpas por muitas vezes ter deixado de atender a algumas solicitações.

À Grace, minha querida amiga, por acreditar e torcer sempre. Agradeço também por ter cuidado das crianças nos momentos mais críticos do mestrado.

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, pelo conforto encontrado durante as inúmeras inquietudes com as quais me deparei nessa caminhada.

À Prof^a Dr^a Ana Beatriz Azevedo Queiroz, minha orientadora, pela competência, clareza de idéias e, principalmente, pela sensibilidade durante a elaboração desse estudo.

Ao Prof. Dr. Otávio Vargens, pelo empenho quando me orientou neste projeto durante a fase de pré-seleção, tempo em que o mestrado não passava de uma aspiração.

Ao Mauro, professor de Português e amigo que, quando solicitado para fazer a correção do texto, prontamente se pôs à disposição. Muito obrigada pelo carinho.

À Professora Selma Petra e à Professora Ângela Arruda, pela atenção e disponibilidade em ceder e rodar o software do Alceste.

À Sinara - quem diria que aquele bate-papo na faculdade daria uma dissertação de mestrado, hein?

À Jô, pelas inúmeras vezes em que se sentou comigo para discutirmos o trabalho.

À Thereza que, com sua sabedoria, soube me dar alguns "toques" em certos momentos de perplexidade.

À Secretaria de Saúde da Prefeitura do Município de Resende, por terem compreendido e permitido a realização deste estudo, mesmo quando tive que dividir meu tempo entre este e minhas atividades assistenciais no posto. Tal atitude reflete a grandeza de espírito dos nossos gestores, sem a qual não se pode produzir dados científicos em nossos serviços de saúde.

A todos os funcionários das unidades do Programa Saúde da Família de Resende, que acompanharam a todo o tempo esse caminhar, com manifestações de incentivo e apoio.

E às nossas mulheres, enfim, sujeitos desse estudo e protagonistas destas histórias, muito obrigado por sua participação. Não fosse a sua delicadeza e paciência, este estudo jamais teria sido realizado.

RESUMO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DA AMAMENTAÇÃO PARA MULHERES QUE INTERROMPERAM PRECOCENTE O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: UM ESTUDO DE ENFERMAGEM

OSÓRIO, Cácia Mônica. **Representações sociais acerca da amamentação para mulheres que interromperam precocemente o aleitamento materno exclusivo: um estudo de enfermagem.**

Dissertação (mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

Orientadora. Prof.^a Dr.^a Ana Beatriz Azevedo Queiroz

Esta pesquisa trata das representações sociais acerca da amamentação de mulheres que interromperam precocemente o aleitamento materno exclusivo (AME). Como referencial teórico, utilizou-se a Teoria das Representações Sociais (TRS) segundo Serge Moscovici e Denise Jodelet. Foram entrevistadas 30 mulheres atendidas no Programa Saúde da Família do município de Resende (RJ), incluindo 15 que não trabalhavam fora (grupo Ntr) e 15 que trabalhavam fora (grupo Tr), que haviam interrompido o AME antes dos seis meses de vida do bebê. Coletaram-se os dados através de um Teste de Associação Livre de Idéias (ALI) e entrevista semi-estruturada. Os dados coletados nas entrevistas foram processados pelo programa ALCESTE e, posteriormente, analisados segundo a análise de conteúdo de Bardin. A categoria "prazer, amor e carinho" emergiu como representação hegemônica em ambos os grupos. A categoria "saúde do bebê" foi mais relevante no grupo Ntr e ancora a amamentação no processo saúde-doença. O leite materno foi objetivado como "remédio" e "vacina". O grupo Ntr se referiu à questão da sobrecarga imposta pelo AME em seu cotidiano como um fator determinante na sua interrupção; no grupo Tr, somado a isso, o retorno ao trabalho foi citado majoritariamente. Quanto ao ato de "tirar do peito", o grupo Ntr se referiu ao prejuízo nutricional para o bebê, enquanto que o grupo Tr fez referência à quebra de vínculo, fato explicado pela ruptura do elo de ligação entre a mãe-trabalhadora e a criança. Conquanto as mulheres em ambos os grupos entrevistados reconheçam os benefícios do aleitamento materno, a questão da exclusividade não é valorizada. A prática da amamentação deve ser entendida dentro do contexto psicossocial da mulher. Dessa forma, os estudos baseados na TRS revelam essa questão sob o prisma dessa mulher e permitem compreendê-la em toda a sua complexidade.

Palavras-chave: Amamentação, interrupção precoce, representação social, enfermagem.

ABSTRACT

SOCIAL REPRESENTATIONS CONCERNED WITH THE NURSING OF WOMEN WHO EARLY WEAN EXCLUSIVE BREASTFEEDING: A NURSING STUDY

OSÓRIO, Cácia Mônica. Social representations concerned with the nursing of women who early wean exclusive breastfeeding: a nursing study. Dissertation (Professional Master Degree in Nursing). Anna Nery Nursing School, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

Advisor: Prof. Dr. Ana Beatriz Azevedo Queiroz

This research deals with the social representations concerned with the nursing of women who early wean exclusive breastfeeding (EB). As a theoretic referential, the Theory of the Social Representations (TSR) was used, according to Serge Moscovici and Denise Jodelet. Thirty women assisted in the Family Health Program in the township of Resende (RJ) were interviewed, including 15 homemakers (HM group) and 15 working mothers (WM group) who had weaned EB before the babies' sixth month of age. Data were collected through a Test of Free-association of Ideas (FAI) and a semi-structured interview. The data collected in the interviews was processed by the ALCESTE program and, afterwards, studied according to the Bardin's content analyses. The category "pleasure, love and affection" emerged as a hegemonic representation in both groups. The category "baby's health" was more relevant in the HM group and anchors breastfeeding in the health-sickness process. Human milk was objectified as 'medicine' and 'vaccine'. The HM group referred to the matter of the overload imposed by EB in their everyday life as a determinant factor to its interruption; in the WM group, added to this, going back to work was mainly mentioned. Concerning weaning, the HM group referred to the nutritional harm to the baby, while the WM group referred to the broken bond, which is explained by the interrupted connection between the working mother and the child. Although the women interviewed in both groups recognize the benefits of nursing, the matter of exclusivity is not valued. The practice of breastfeeding must be understood in the psychosocial context of women. Therefore, the studies based on the TSR reveal this matter in the view of these women and make it possible to understand its whole complexity.

Key-words: Breastfeeding, weaning, social representation, nursing.

LISTA DE SIGLAS

ALI- Teste de Associação Livre de Idéias

AME- aleitamento materno exclusivo

BLH- banco de leite humano

IHAC- Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IUBAAM- Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação

INAN- Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

MS- Ministério da Saúde

NBCAL- Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes

Ntr- grupo de mulheres que não trabalham fora

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde

PACS- Programa de Agente Comunitário de Saúde

PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNDS- Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde

PSF- Programa Saúde da Família

RS- Representação Social

Tr- grupo de mulheres que trabalham fora

TRS- Teoria da Representação Social

U. C. E.- unidade de contexto elementar

U. C. I.- unidade de contexto inicial

UNICEF- Fundo da Nações Unidas para a Infância

χ^2 - fórmula do qui-quadrado

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	págs.
Considerações Iniciais -----	01
Objeto do Estudo -----	08
Questões Norteadoras -----	08
Objetivos do Estudo -----	08
Relevância do Estudo -----	09
Contribuição do Estudo -----	12
CAPÍTULO II	
Referencial Teórico	
II- 1 Aspectos Históricos da Amamentação no Brasil-----	14
II- 2 Aspectos Atuais e Políticas Públicas de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno-----	21
II- 3 Trajetória dos Índices de Aleitamento Materno no Brasil e Papel do PSF-----	28
II- 4 A Mulher e seus Diversos Papéis: Mãe/ Nutriz e Trabalhadora-----	32
II- 5 A Teoria das Representações Sociais -----	39
CAPÍTULO III	
Considerações Metodológicas -----	46
CAPÍTULO IV	
Contextualizando os Sujeitos	
IV-1Caracterização Geral dos Grupos Pesquisados-----	59
CAPÍTULO V	
Análise e Discussão dos Dados	

V-1 Discussão dos Resultados do Programa Alceste-----	76
V-2 Associação Livre de idéias (ALI)- Análise dos Resultados das Respostas Associativas e das Entrevistas-----	105
CAPÍTULO VI	
Chegando à Teoria das Representações Sociais da Amamentação e sua Influência na Interrupção Precoce do Aleitamento Materno Exclusivo Baseado nos dados do Alceste, da ALI e das Entrevistas-----	127
CAPÍTULO VII	
Considerações Finais-----	134
REFERÊNCIAS -----	139
APÊNDICES	
A- Questionário para Identificar o Perfil da Clientela -----	151
B- Roteiro de Aplicação do Teste Associação Livre de Idéias -----	152
C- Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada -----	153
D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -----	154
ANEXOS	
A- Comissão de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Hospital Escola São Francisco de Assis-----	155
B- Relatório Programa Informatizado Alceste -----	156

Considerações Iniciais

O interesse em estudar questões relacionadas à saúde da mulher surgiu através da minha experiência como enfermeira no Programa Saúde da Família (PSF) do Município de Resende (RJ). Essa experiência teve início em abril de 2000, época em que o PSF foi efetivamente introduzido no interior do Estado do Rio de Janeiro. Até aquele momento, eu não tinha conhecimento do que vinha a ser saúde da família, mesmo porque estava voltada para a prática da assistência hospitalar. No entanto, com o passar do tempo, fui aprendendo que para atuar nesse programa era imprescindível a compreensão de saúde da família como entidade distinta da saúde dos indivíduos ou da soma da saúde dos indivíduos que compõem a família, como bem destacam Ângelo e Bousso (2001).

O Ministério da Saúde (MS) estabelece que o PSF tenha como meta atender os diversos programas de saúde como o da mulher, da criança, do adolescente, do idoso, do adulto e o da saúde mental. Nesse sentido, na unidade de saúde em que atuo, as atividades voltadas para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) ficaram sob minha responsabilidade, de modo a permitir minha aproximação com esse complexo e instigante universo que é a Saúde da Mulher. Com relação às atividades assistenciais, o PAISM (BRASIL, 1984 p. 6) recomenda que sejam de:

forma integral tanto clínico-ginecológica como educativa voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente e do câncer cérvico uterino e mamário, e a assistência para a concepção e contracepção.

Em 2004, o MS editou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a qual incorporou o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, minha atuação dentro dessa área abrange consultas de enfermagem e práticas educativas voltadas para o pré-natal de baixo risco, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, atendimento ginecológico com coleta de material cérvico-vaginal para exame preventivo, planejamento familiar e acompanhamento da mulher no período pós-natal.

Nesse conjunto de atividades, atraem-me a atenção às práticas educativas voltadas para as gestantes e nutrizes. Acredito serem as ações de educação coletivas bastante efetivas para abordar assuntos inerentes ao período grávido-puerperal e da saúde da mulher como um todo. O ambiente de troca de informação e de relato de experiências e vivências propicia a desinibição das participantes, favorecendo um clima de acolhimento. Neste contexto, a abordagem assistencial da grávida deve considerar o significado que a gestação tem para ela e sua família, uma vez que é nessa fase que se inicia o desenvolvimento do vínculo afetivo com o novo ser.

Para Oliveira e Gomes (2001), nesse momento, devem ser valorizadas as emoções, os sentimentos e as histórias relatadas pelas mulheres e seus parceiros, de forma a individualizar

e a contextualizar a assistência pré-natal. Para tanto, utilizar a escuta aberta, sem julgamento e sem preconceito e o diálogo franco, são desafios para os profissionais de saúde que trabalham com ações educativas, pois favorecem a mulher a falar de sua intimidade com segurança, expressar suas dúvidas e necessidades, possibilitando assim, o estabelecimento e o fortalecimento do vínculo profissional de saúde-cliente.

As práticas educativas coletivas que realizo em minha unidade acontecem principalmente na modalidade de sala de espera¹, ou seja, durante o período em que as gestantes aguardam as consultas de pré-natal e pós-natal. Esse é o momento em que procuro discutir com as mulheres, diversos temas próprios do período grávidico-puerperal, tais como cuidados com as mamas, vestuários adequados à gestação, higiene corporal, exercícios físicos apropriados, atividade sexual, mudanças fisiológicas do organismo na gravidez e no puerpério, cuidados com o recém-nascido, tipos de partos e a importância do aleitamento materno exclusivo (AME)². Com relação a esse último tema, busco transmitir as suas inúmeras vantagens quando mantido até o sexto mês de idade do bebê, com a finalidade de motivá-las para que amamentem seus filhos pelo maior tempo possível.

Abordo ainda questões relacionadas aos aspectos nutricionais do leite humano, cujo consumo contribui para prevenção de diarreias, infecções respiratórias e outras infecções. Apresento às gestantes posições confortáveis para amamentar, noções de higiene, cuidados com as mamas e mamilos e o modo como o bebê deve fazer a pega correta do mamilo para evitar fissuras e ingurgitamento mamário. Enfatizo que a demanda do aleitamento deve ser espontânea e que essa prática estabelece maior vínculo entre mãe e bebê.

Tratando-se de um tema instigante e de fundamental importância dentro do plano educativo desenvolvido no pré-natal, algo me inquietava e preocupava sobremaneira, seja nos grupos ou na consulta de enfermagem com as gestantes. Quando abordava o AME algumas grávidas, não poucas, mostravam-se muito resistentes a essa prática, principalmente no que tange à exclusividade. Essas mulheres, mesmo dizendo compreender os benefícios da amamentação, alegavam uma série de obstáculos para realizá-la de forma exclusiva, tais como a falta de tempo necessário à longa tarefa de amamentar, visto que tinham que cuidar da família, de outros filhos e dos afazeres do lar. Relatavam também a necessidade de retornar ao posto de trabalho interrompido em razão da maternidade, e o desgaste físico de ficar o tempo todo amamentando. Além disso, muitas argumentavam que o apoio da família e do companheiro era escasso, dificultando ainda mais o AME. Também a real importância da extensão até o sexto mês e da exclusividade do aleitamento eram postos em cheque, quando algumas mulheres manifestavam a noção errônea de que oferecer líquidos como água e chás "naturais" jamais poderiam fazer mal ao bebê ou fazer com que o bebê parasse de mamar. Muitas vezes, experiências pregressas malsucedidas, próprias ou de parentes ou conhecidos, serviam como justificativa para a não perseverança em prol do AME.

¹ Sala de espera é uma estratégia utilizada pela equipe de saúde para desenvolver atividades em grupo. São momentos de troca em que os interesses coletivos aparecem e os conhecimentos são discutidos, tornando o processo de aprender e ensinar mais rico e produtivo (BRASIL, 2000a p. 80).

² Entende-se por AME a condição em que o bebê só se alimenta de leite humano, de sua mãe ou de um banco de leite humano, e não toma nenhum outro líquido ou sólido, à exceção de gotas e xaropes contendo vitaminas, sais minerais ou medicamentos (OMS, 2001).

Esse fato era comprovado nas consultas de puericultura, de pós-natal ou nas visitas domiciliares de puerpério, realizadas poucas semanas após o parto, quando se constatava que muitas mães já haviam introduzido na dieta dos lactentes outros alimentos ou líquidos além do leite materno, como água, chás e leites artificiais iniciando o processo de desmame precoce³. Essa introdução antes dos seis meses de idade era observada tanto em unidades de PSF situadas em localidades de extrema carência como em áreas de população mais abastada de Resende, com famílias consideradas como de classe média.

3 Segundo Simons (2001, p.302) "desmame precoce corresponde à introdução de qualquer tipo de alimento ou bebida além do leite materno, incluindo água e chás, na alimentação da criança antes dos seis meses de idade".

Recentemente, a fim de estudar melhor este fenômeno, um grupo de enfermeiras de saúde da família, no qual eu estava inserida, realizou em abril de 2005 um estudo transversal visando avaliar a prevalência do AME em crianças em todos os módulos do PSF do município de Resende, no total de 16 unidades. Os dados foram coletados em visitas domiciliares a 153 mães de bebês de zero a seis meses de idade, que correspondia ao universo total de mães com filhos nessa faixa etária das áreas cobertas pelo PSF. A análise de dados foi realizada de acordo com a faixa etária das crianças. No total da amostra estudada, a prevalência de AME foi de 38,6%. Quando analisado por faixa etária, os resultados foram: 46,3% em crianças de zero a 30 dias; 35,1% de 31 a 60 dias; 44,8% de 61 a 90 dias; 35,3% de 91 a 120 dias; 11,1% de 121 a 150 dias; 14,3% de 151 a 180 dias. Dentre as crianças que não estavam em AME, a água e os mais diversos tipos de chás prevaleceram como suplemento do leite materno (OSÓRIO, et al. 2005).

Este estudo permitiu concluir que a prevalência de AME em nossa população esteve muito aquém do recomendado na Resolução da 54^a Assembléia Mundial de Saúde (OMS, 2001), o qual estabelece que todas as crianças devem receber exclusivamente leite materno até seis meses de vida e que a amamentação complementada deve ser mantida por pelo menos dois anos. Confirma-se, portanto, minha observação inicial referente à interrupção precoce⁴ do aleitamento materno exclusivo. Apesar de neste estudo o universo ter sido relativamente pequeno, pode-se estabelecer um paralelismo entre essas informações e os dados da última pesquisa realizada pelo MS em 1999, que avaliou a prevalência do AME por idade, e mostrou que, aos 30 dias de vida, apenas 53,1% das crianças brasileiras continuavam sendo

⁴ Utilizarei a terminologia "interrupção precoce do AME " em vez de "desmame precoce" em concordância com Monte & Giugliani (2004, p. 132), que afirmam ser o uso do termo desmame desaconselhável, visto que possa ser interpretado como parada total da amamentação e gerar confusão nas questões inerentes ao aleitamento materno. O termo interrupção do AME será utilizado no sentido de pesquisar os motivos que levam as mulheres a introduzirem outros alimentos além do leite do peito antes dos seis meses de vida do bebê.

alimentadas exclusivamente com leite materno. No quarto mês, a proporção de crianças em AME correspondia a 18% do total, declinando para 8% no final do sexto mês. A duração mediana de aleitamento materno exclusivo foi de 23,4 dias. Ainda segundo o próprio MS esses valores são muito próximos para todas as regiões pesquisadas (ARAÚJO, 2002).

Diante desses dados, observo que a interrupção do AME é, ainda hoje, um grande problema de saúde que necessita de intervenção e apoio público. No entanto, para que esse apoio possa ser eficaz e eficiente não deve apenas se basear em dados epidemiológicos, ou em incrementos financeiros ou em programas que ressaltem unicamente aspectos técnicos e científicos da amamentação. Acredito que, para reverter as causas da interrupção do AME, seja preciso compreendê-las dentro de um contexto sócio-econômico-político-cultural-ideológico no qual a mulher está inserida. Neste contexto, como afirma Jodelet (1989), os sujeitos

compreendem e interpretam diferentemente a situação na qual se encontram, não se comportando de maneira semelhante frente a um procedimento que permanece idêntico. Eles se organizam de acordo com a sua representação.

Todas essas questões devem ser levadas em consideração quando se analisa o problema da interrupção do AME. No entanto, há que se transpor uma barreira que distancia os profissionais de saúde, de temas que lhes parecem tão difíceis de compreender. Tal foi a dificuldade encontrada por mim quando, completamente envolvida e motivada com as vantagens da amamentação, vivi um momento de frustração profissional.

Comecei então a perceber que estava impregnada pelo referencial biologicista, fruto de uma formação profissional tecnicista e de uma forma de pensar reducionista, que peca por não inserir a mulher no seu contexto histórico, social, econômico e cultural.

Hoje, tentando sair desse referencial e procurando ver a mulher em sua verdadeira dimensão, busco estudar as representações sociais (RS) acerca da amamentação em mulheres que interromperam precocemente o AME, para melhor conhecer essa problemática. Ainda é atual a posição de Rea e Cuckier (1984) quando afirmam ser o desmame um processo social, e como tal, não deva ser visto como fato isolado, unicausal, pontual, exceto em raríssimas exceções.

Esta incipiente aproximação me fez compreender que a amamentação não depende exclusivamente da vontade do querer ou do poder da mulher. Segundo as autoras citadas acima, o aleitamento materno, mais do que um fator biológico, é um ato social, sujeito a ser determinado e influenciado por fatores históricos, sociais, políticos e culturais. Estes fatores transformam a amamentação em um ato regulável pela sociedade. Sobre a complexidade do processo da amamentação, Souza (1993, p.21) aponta que "este evento não se esgota no biológico que pode

explicar o seu determinismo, mas, transcende-o na experiência vivida". Esta compreensão foi precedida pela posição de Camestrini (1983, p.65) que defende que:

a amamentação não é inteiramente instintiva. Precisa ser aprendido e estimulado o comportamento da mãe nutriz. Um bom aleitamento não depende só da habilidade da mãe em amamentar ou da habilidade de sucção do bebê, mas sim do que conhece, sente e deseja a mãe em relação a esta prática. Também depende de como e até que ponto a sociedade valoriza o aleitamento materno e, portanto, apóia esse papel primordial da mãe na atenção e bem-estar do bebê.

Sob este aspecto, o comportamento da mãe nutriz pode ser influenciado pelo pensamento coletivo, ou seja, as representações se tornam capazes de interferir no comportamento dessas mulheres interna e mentalmente. Moscovici (2003) afirma que as RS podem influenciar o comportamento do indivíduo participante de uma coletividade. Desse modo, o próprio processo coletivo penetra como fator determinante, dentro do pensamento individual.

Considerando, então, a interrupção precoce do AME, como um problema de cunho psicossocial e de características biológicas, psicológicas e sócio-culturais, que precisam ser estudadas, delimito como objeto desse estudo: *As representações sociais da amamentação para mulheres que interromperam precocemente o aleitamento materno exclusivo (AME)*.

Acredito que algumas questões nortearam esse estudo:

- 1 - O que significa a amamentação para as mulheres que interrompem o AME antes dos seis meses de vida do bebê?
- 2 - Qual a importância da amamentação para ela e para seus filhos?
- 3 - Quais os motivos que as levaram a interromper o AME?
- 4 - Quais as consequências, que essas mulheres entendem, que a interrupção do AME possa ter para si e para os seus filhos?

Nesse sentido, esta investigação teve como objetivos a alcançar:

- * Descrever as RS da amamentação para as mulheres com filhos de zero a seis meses que interromperam precocemente o AME
- * Analisar os motivos pelos quais essas mulheres interromperam precocemente o AME
- * Apontar as implicações dessas RS no processo de interrupção precoce do AME.

Relevância do Estudo

A realização deste estudo permite explorar, através das Representações Sociais, o significado da amamentação para as mulheres que interromperam precocemente o AME, buscando preencher algumas lacunas acerca desse tema. Segundo Nakano (1996), a questão do aleitamento deve ser vista sob a óptica da mulher, tentando-se compreender o que ela pensa sobre si, reconhecendo as influências contextuais para, finalmente, auxiliá-la na tomada de decisões. Almeida (1999) sustenta que o ato de amamentar não deve ser recortado e tratado somente sob o prisma biológico. Ele se constitui, em verdade, num reflexo dos condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que circundam a sua protagonista.

Conforme a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), em 1996, a prevalência média de aleitamento materno em crianças de seis meses era de 59,8%. Em 1989, esse índice era de 49,9%, segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN). Esses dados mostram, nos últimos 10 anos, um aumento significativo nos índices de aleitamento

materno em crianças menores de um ano. No entanto, o tempo médio de aleitamento materno exclusivo em 1996 era de apenas 1,1 mês (SIMONS, 2001).

Trabalhos realizados nas décadas de 70 e 80 constataram que o desmame precoce é algo concreto, e que a principal justificativa apontada pelas mães para o fato é de que elas têm "pouco leite", ou que "o leite secou", ou ainda que "o leite é fraco", ou mesmo "não ter leite" (RICCO, 1975; FIGUEREDO, 1981; VILLA, 1985). Na área histórica social, os trabalhos de Donzelot (1980), Ariès (1981), Badinter (1985), Silva (1990) e Costa (1999), evidenciam que o comportamento feminino frente ao aleitamento materno guarda uma relação com o lugar, a imagem social da mulher e a maternidade, e se apresenta variável nas diferentes épocas e contextos sociais, dependendo de valores e interesses econômicos e políticos.

Em 1984, Rea e Cukier, analisando as alegações acerca do desmame, observaram que raramente as mulheres assumem que decidiram não aleitar por vontade pessoal. Elas normalmente trazem respostas prontas, estereotipadas, adaptadas ao que seja socialmente aceito e esperado pelo contexto sociocultural em que as mesmas estão inseridas.

Na década de 90, utilizando-se de referenciais teóricos da fenomenologia, das RS e de gênero e do interacionismo simbólico, autores como Arantes (1991), Souza (1993), Nakano (1996) e Silva (1997), trazem construções que evidenciam o aleitamento materno como um processo centrado na mulher, tendo seus significados elaborados com base na experiência social, no cotidiano das famílias e vivido das mulheres em consonância ou em conflito.

Nesse sentido, outros trabalhos como de Vale (1999), Souza (2000) e Kitoko (2000) identificaram dentre os fatores responsáveis pela interrupção precoce do AME, o desconhecimento da mãe acerca dos processos fisiológicos da lactação, a perda das tradições, crenças e valores sociais sobre o que é amamentar, a desvalorização social da prática da

amamentação, o não reconhecimento do aleitamento materno como estratégia para alcançar a segurança alimentar, as atitudes médicas e culturais desfavoráveis, as influências comerciais negativas, a mudança desfavorável da carga de trabalho da mulher e a perda das redes sociais de apoio ao aleitamento materno.

Ângelo e Bousso (2001) relatam que todas as famílias e os indivíduos são portadores da cultura da sociedade em que vivem e com a qual se identificam. Estilos de vida, valores, idéias, crenças e práticas são impregnadas em suas definições e transmitidos de geração para geração, afetando, assim, comportamentos, decisões e atitudes.

Estudo mais recente de Ramos e Almeida (2003b) sobre as alegações maternas para a interrupção precoce do AME revelou que a tomada de decisões que leva as mulheres ao desmame se dá de maneira complexa e carregada de culpa. Dentre os motivos alegados, figuram leite fraco ou pouco, intercorrências com as mamas, falta de experiência, inadequação entre as suas necessidades e as do bebê, interferências externas como o trabalho, ambigüidade entre o querer/poder e entre o fardo/desejo.

Os mesmos autores em outra publicação em (2003a) sobre como é vivenciado o aleitamento materno por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno-infantil em Teresina, Piauí, evidenciaram um verdadeiro descompasso entre o discurso proferido pela instituição, em favor da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida, e a vivência das mulheres com relação a este ato, que se traduziu na impossibilidade de cumprir tal orientação frente as suas condições concretas de vida. Os autores concluíram que há necessidade de que se reformule o modelo assistencial vigente, de forma a acolher e proteger a mãe nutriz para que se assegure o ato de amamentar. Fracolli (2003), por sua vez, relata a experiência da

realização de visitas domiciliares a nutrizes, com o enfoque do acolhimento como um instrumental para o enfrentamento da questão do desmame precoce.

A leitura do referencial bibliográfico me incentivou a prosseguir buscando novos horizontes de estudo. A possibilidade do contato no domicílio de mães atendidas no PSF que interromperam precocemente o AME faz com que as RS acerca da amamentação sejam apreendidas por essas mulheres dentro do seu "habitat natural". Desta forma, acredito ser possível preencher algumas lacunas acerca do significado do aleitamento para essas mulheres, pois, uma vez de volta ao seu cotidiano e ao seu contexto social, a mulher sofre interferências de acordo com o meio em que vive, influenciando, assim, a sua forma de pensar e agir em relação ao AME. E é exatamente neste contexto, que pretendo analisar essas representações, justificando assim a importância da realização deste estudo.

Contribuição do Estudo

Pretendo que este estudo suscite discussões e reflexões acerca de aspectos do cotidiano assistencial da equipe de enfermagem que lida com a saúde da mulher, abrindo novas perspectivas para o atendimento à gestante, à puérpera e à nutriz no que se refere às questões da amamentação, visando possibilitar uma assistência mais pertinente e humanizada voltada para a realidade das mulheres.

Espero ainda que esta investigação permita, com seus dados, auxiliar outros profissionais de saúde que atuem nessa área e fornecer subsídios para os gestores do sistema de saúde na busca de metas de assistência pré-natal, pós-natal e de puericultura no que tange à prevenção da interrupção precoce do AME. Faz-se necessária a elaboração de programas de saúde que promovam o aleitamento materno como estratégias que visem à redução das estatísticas de morbi- mortalidade infantil.

No entanto, acredito que somente teremos resultados positivos com relação à amamentação quando entendermos que o ato de amamentar produz sentimentos diversos na mulher que se traduzem entre o querer e o poder amamentar (ARAÚJO, 1991). Dentro dessa linha de pensamento, Souza (1993, p.64) refere que:

Não basta observar a mulher e pré-julgar se ela quer ou não amamentar, se pode ou não dar o peito. É preciso captar o sentido do ser da presença, ou seja, o outro sendo gestante explicitando suas ansiedades, seus desconhecimentos, suas ocupações e preocupações. A partir daí, haverá uma abertura para que os profissionais; ajudem o ser~aí~gestante a decidir-se. Essa ajuda, no modo positivo de cuidado, não implica em fazer pelo o outro e sim levar o outro a assumir o seu próprio fazer, considerando o modo de ser do outro e não o modo de ser do profissional.

Corroborando com essa forma de pensar, Silva (1997) evidenciou que a decisão de amamentar está na dependência de como a mulher percebe essa prática, fruto de uma série de elaborações construídas através da avaliação dos riscos e benefícios nela envolvidos. Um estudo realizado pela mesma autora em 1999 evidenciou que muito embora os profissionais de saúde reconheçam os fatores sociais na determinação desse ato, esse reconhecimento ainda não está incorporado à sua prática, permanecendo a crença da amamentação como um fenômeno natural e apenas instintivo. Essa atitude é refletida ainda hoje na sua forma de assistir e cuidar da mulher nutriz.

Por fim, este estudo deve contribuir para novas pesquisas na enfermagem e áreas afins no sentido de fornecer subsídios para que se conheçam aspectos da realidade vivida pelas mulheres que interrompem precocemente o AME. Pretendo, finalmente, com esta investigação, contribuir com a produção acadêmica do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no qual está inserida.

CAPÍTULO II

Referencial Teórico

II- 1 Aspectos Históricos da Amamentação no Brasil

O aleitamento entre os índios tupinambás era a regra geral até a chegada dos europeus, que trouxeram em sua bagagem cultural o não aleitamento materno. O ato de aleitar diretamente ao seio, cultivado pelos integrantes da sociedade tupinambá, foi decerto percebido pelos portugueses como um comportamento instintivo e natural, impróprio para o homem civilizado, cujo padrão de referência comportamental circunscrevia-se aos hábitos e costumes da cultura européia (FREIRE, 1992). Para Almeida (1999) o abandono da amamentação natural, tal qual ocorria nas sociedades européias de então, remonta de 1500 e faz parte da bagagem cultural do branco colonizador.

Para as mulheres européias daquela época (1500), pertencentes às classes sociais dominantes, o amor materno não tinha valor social e moral, fato que levava a considerar-se a amamentação uma tarefa indigna para uma dama. Esse comportamento, segundo Badinter (1985), tendia a ser copiado pelas demais classes como forma de distinção social. Em Lisboa, a amamentação mercenária era uma prática socialmente instituída, e cabia às saloias, camponesas da periferia, o aleitamento dos filhos das classes sociais dominantes (FREIRE, 1992).

Com a chegada das mulheres européias, adotou-se no Brasil o costume de recorrer às amas de leite para prover a alimentação das crianças. Para tanto, a primeira opção trilhada, sem sucesso, foi pela mulher indígena, substituída com sucesso pela negra escrava, vinda da África. Assim, a figura da ama-de-leite foi socialmente construída e instituída, impondo-se o desmame às escravas em favor da amamentação da criança branca. A urbanização ampliou a difusão das amas-de-leite entre as novas camadas sociais e possibilitou o surgimento da figura da mãe preta de aluguel. Costa (1999) relata que a importância atribuída a este novo ator social assumiu tamanha proporção que alguns senhores de escravos chegaram a admitir que criar negras para alugar como amas era mais rentável do que plantar café. Silva (1990) ao citar o teor de alguns anúncios publicados pelo *Jornal do Commercio*, na cidade do Rio de Janeiro, em 1850, permite-nos uma melhor contextualização sobre este assunto: " Aluga-se uma preta para ama-de-leite, parida há 7 dias, com muito bom leite" (15/08/1850); " Aluga-se uma optima ama sem cria (01/02/1850); " Vende-se uma preta, moça, com bom leite, com filho ou sem elle, que tem dous meses" (08/08/1850) .

Esse costume só passou a ser questionado em fins do século XIX com o surgimento do movimento higienista. Segundo Costa (1999) os estigmas do brasileiro colonial e senhorial passaram a funcionar como um sinal negativo e, em nome das crianças, a higiene insurgiu-se contra a insalubridade. A preocupação com os elevados índices de mortalidade infantil observados na época e o seu conseqüente reflexo sobre a diminuição da população alavancaram mudanças na percepção sobre a infância, que encontrou na amamentação a principal estratégia para a reversão desse quadro. Nesse contexto, a mulher foi chamada para assumir responsabilidade pela saúde do seu filho.

O mesmo autor relata que a pressão higiênica em prol da amamentação certamente tinha metas que transcendiam a proteção da vida da criança. O ato de amamentar prestava-se a regular a vida da mulher no universo disciplinar imposto pela normalização higiênica. Por este enfoque, o primeiro objetivo disciplinar da amamentação seria regular o tempo livre da mulher na casa, livrando-a do ócio e dos passatempos nefastos à moral e aos bons costumes familiares. O aleitamento também se prestou a deter a mulher no lar e a arrefecer a independência feminina, decorrente da emancipação do patriarcado. Do ponto de vista do higienista, a independência feminina não podia ultrapassar as fronteiras da casa e do consumo de bens e idéias que reforçassem a imagem da mulher-mãe; caso contrário, a sobrevivência do machismo estaria comprometida. O discurso higiênico sobre a amamentação envolvia as mulheres na política de utilização "machista" do homem, fazendo-as crer na nobreza da função da amamentação.

Naquele século XIX, surgiram as primeiras regras normalizadoras da amamentação, que adotavam os referenciais advogados pelas escolas européias, em especial a francesa e a alemã. Dentre os cuidados a serem seguidos pela mãe para se obter sucesso na prática do aleitamento, Silva (1990) destaca algumas regras impostas: a rigidez de horários, determinando intervalos entre as mamadas e o tempo a ser despendido em cada uma delas; a amamentação em ambos os seios; a prática do decúbito lateral; o emprego da chupeta como meio de acalmar o bebê; a amamentação após o parto; a condenação do uso da água com açúcar para a criança e as restrições alimentares para a mãe lactante.

Almeida (1999) relata que todo o conjunto de normas poderia ser sintomaticamente resumido em um único *slogan*, que certamente traduz para a autora o espírito da filosofia higienista acerca da amamentação: "A saúde de seu filho depende de você. Amamente". Com as regras, nasceram as exceções. O fato de a amamentação ter sido construída como uma categoria

definida por atributos eminentemente biológicos, regidos unicamente pelas leis da natureza, reduziu a efetividade das ações. A incapacidade de se lidar com os fatos culturais que gravitam em torno da amamentação possibilitou o surgimento de situações impossíveis de serem solucionadas com as normas propostas pelo modelo higienista.

Esta nova situação de insucesso, malgrado o cumprimento de todas as regras, tornou-se um problema sobre o qual o modelo higienista não dispunha de um conhecimento eficaz que propiciasse um poder transformador. O mesmo autor acima ressalta que a crise foi, então, contornada com a construção social de um novo conceito biológico: o leite fraco. Este fenômeno, criado no século XIX, integrou-se de tal forma à cultura do aleitamento materno no Brasil que, em alguns momentos, chegou a assumir o *status* de ator social, responsável pelo desmame.

Silva (1990) relata que o "leite fraco" passou a compor a regra da exceção, para explicar biologicamente os desvios do modelo higiênico de aleitamento materno. Os condicionantes culturais da amamentação, propositadamente ou por desconhecimento, não foram contemplados pela medicina higienista. A amamentação foi imposta à mulher branca, de origem européia, que secularmente cultivava o hábito do desmame e não havia aprendido a amamentar. Mais do que ser informada sobre as maravilhas do aleitamento materno, a mulher precisava ser capacitada para desempenhar o seu novo papel social, o de mãe-nutriz. Contudo, os aparatos higienistas não haviam sido projetados para processar este tipo de demanda, uma vez que não contemplavam ações que possibilitassem operar com mediadores entre o determinismo biológico e o condicionamento cultural da amamentação.

Costa (1999) relata ainda que os higienistas atuavam francamente como promotores do aleitamento materno, construindo socialmente o fator biológico em favor do progresso da amamentação. Porém, para transformar a mãe em nutriz, não bastava promover, havia que apoiar. A mulher certamente precisava ser ouvida, muito mais do que ouvir, pois, por mais que o determinismo biológico fosse inerente à espécie, faltava-lhe condicionamento cultural favorável. A título de tentar estabelecer este condicionamento, o higienismo terminou por implantar uma severa censura para o desmame, responsabilizando e culpando a mulher.

Almeida (1999) ressalta que a medicina determinava com propriedade e rigor que a mulher devia amamentar, esquecendo-se de uma das mais importantes questões: ensinar como fazê-lo. Ensinar, amparando a mulher, ajudando-a a vencer a historicidade de seus costumes e mediando os conflitos daí emergentes. Assim, torna-se ao menos razoável supor que a instituição de um novo ator social, capaz de assumir todas as culpas, seria uma estratégia interessante para contornar o problema então emergente. Costa (1999) descreve ainda que, mais do que suavizar a responsabilidade materna, essa alternativa permitiria manter imaculado o modelo higienista de amamentação. Ao conjunto de técnicas de persuasão e estratégias de ataque a que recorreu a medicina social chamou de higiene familiar. Entre as regras básicas, o binômio mãe-filho tornou-se uma das mais brilhantes equações desenvolvidas pelos higienistas, por intermédio da qual a higiene levou a mulher à categoria de mediadora entre os filhos e o Estado.

Com a proclamação da República em 1889, Almeida (1996) destaca que as mudanças nas atividades econômicas do País, decorrentes do fim da escravidão formal, terminaram por atribuir uma importância econômico-política ao aleitamento materno, levando o Estado a se pronunciar pela primeira vez em favor da criança pobre. Por considerar a amamentação um poderoso meio de sobrevivência infantil, as autoridades propuseram que sua prática fosse estimulada nos segmentos mais pobres da sociedade, os quais compunham a nova classe trabalhadora.

Também nos primórdios do Século XX, surgiu a figura da ama-de-leite mercenária. Conforme cita Orlandi (1985), a pressão social da urbanização e da crescente inserção da mulher pobre no mercado de trabalho tecia um cenário favorável ao desmame. A figura da nova ama-de-leite, não mais escrava, e sim pobre, voltou a ter relevo na sociedade, sem gozar do patrocínio e do estímulo formal da medicina. O mesmo autor relata que em 1901, na cidade do Rio de Janeiro,

foi fundado o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, no Hospital Moncorvo Filho, com o objetivo de proceder a rigoroso exame de saúde nas nutrizes mercenárias.

Paralelamente, vicejou pouco a pouco, na mesma época, o aleitamento misto⁵. Com as transformações econômicas ocorridas no início do século XX, desenvolveu-se uma sociedade de consumo, e com ela surgiu a mamadeira, um dos novos símbolos de modernidade e urbanismo. Goldemberg (1988) relata que nessa mesma época, chegaram ao Brasil as primeiras remessas de leite condensado e de farinha láctea importadas da Suíça. A mistura desses dois ingredientes, mamadeira e leite industrializado, possibilitou que se constituísse uma alternativa terapêutica para a antiga impossibilidade clínica de amamentar, isto é, o "leite fraco".

Assim, sob a perspectiva do avanço do conhecimento científico, a mesma autora afirma que denominou-se de "hipogalactia" a nova patologia, que, além de transformar-se em uma das principais preocupações da medicina no início do Século XX, configurou-se como o mediador que permitiu a institucionalização do desmame precoce como prática sociocultural.

A partir dessa época, Almeida (1999) aborda que as indústrias de leite iniciaram uma intensa e sistemática campanha promocional no sentido de introduzir seus produtos com facilidade no mercado. Sabendo que a amamentação é um comportamento e que as pessoas de classe inferior sempre copiam os comportamentos das pessoas de classe superior, foi fácil para as indústrias de leite de vaca em pó introduzirem seu produto. Eram distribuídas amostras grátis de leite e, às vezes, mamadeiras e bicos. Também eram oferecidos às puérperas livros de cuidados de puericultura, todos muito bonitos e elaborados, onde era feita a propaganda do leite em pó. Distribuídos por três décadas nas maternidades de boa parte do mundo, inclusive no Brasil, descobre-se que seus autores eram profundos conhecedores da

⁵ Aleitamento misto segundo a OMS/ UNICEF(1993 p.10) significa "amamentar parcialmente no peito em algumas mamadas e dar também alimentação artificial, seja por outro leite, cereal ou outro alimento". Enquanto a amamentação predominante significa amamentar o bebê, mas dar também água ou outros líquidos com muita água, como chá.

fisiologia da amamentação. Tudo o que escreveram era exatamente o oposto do que deveria ser feito. Foram cientificamente elaborados para impedir que a amamentação acontecesse de maneira correta e tranqüila.

Um aspecto interessante relacionado com aleitamento materno, diz respeito à pouca importância dada nas escolas de enfermagem e de medicina nas décadas passadas. Boa parte das aulas de pediatria nas décadas de 60 e 70 era destinada a ensinar técnicas de preparo de mamadeiras, como manuseio e conhecimento dos vários tipos de leite em pó existentes no mercado e suas indicações. Era comum o hábito da introdução, cada vez mais precoce, de alimentação do tipo adulto para os recém-natos.

Apenas a partir do final da década de 1970, passou-se a priorizar o aleitamento natural em oposição ao artificial. Essa reação surgiu a partir da observação de que o desmame precoce afetava a saúde principalmente daquelas crianças que pouco acesso tinham ao leite industrializado ou ao seu correto manuseio, ou seja, a maioria pobre da população, sobretudo nos países menos desenvolvidos. Políticas públicas, como veremos adiante, foram implementadas nesse sentido, acompanhadas de uma mudança de atitude que envolveu a sociedade como um todo (ALMEIDA, 1999).

II-2 Aspectos Atuais e Políticas Públicas de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno

Em 1973, foi publicado na Inglaterra um livro de Mike Muller intitulado *The Baby Killer*, onde as indústrias de leite artificial foram denunciadas e apontadas como as grandes responsáveis pela mortalidade infantil nos países e povos de baixa renda (MULLER, 1981). Almeida (1999) refere que a partir desta data e apoiado pelos florescentes movimentos *hippie* e naturalista, a importância do aleitamento materno passou a ser resgatada.

Em 1979, em Genebra, ocorreu a Reunião Conjunta Organização Mundial de Saúde (OMS)/Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena. Entre outras, uma decisão deste evento foi que se deveria elaborar um código de conduta ética quanto à propaganda de produtos que interferiam na amamentação. O Brasil esteve representado pela presidência do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), que colaborou na elaboração do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (WHA, 2001).

Na tentativa de incentivar a amamentação e de sensibilizar políticos, autoridades de saúde, meio de comunicação de massa e líderes comunitários e religiosos, o INAN, junto com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e com a UNICEF, elaboraram em 1980 um material audiovisual sobre a amamentação, dando relevância aos aspectos do valor econômico do leite materno, comparado aos gastos com leites artificiais. À mobilização social iniciada com o audiovisual seguiu-se a primeira campanha na mídia, coberta por quase cem canais de televisão e estações de rádio, além de propagandas na imprensa escrita visando a atingir líderes formadores de opinião (OMS/ UNICEF, 1989).

Nesta mesma década, foram elaboradas pelo MS, iniciativas para promover, incentivar e apoiar o AME e combater as causas de desmame precoce, tais como o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), sob responsabilidade do INAN; o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esses programas recomendavam que os profissionais de saúde incluíssem nas práticas educativas dirigidas às gestantes e nutrizes informações quanto ao processo de lactação, importância e técnicas de aleitamento materno, assistência pré-natal, parto e puerpério, e assistência à puericultura como estratégia para diminuir o desmame precoce no Brasil (BRASIL, 1984).

Ainda na década de 80, autoridades da OMS, do UNICEF, de organismos bilaterais e técnicos apropriando-se da informação de que o aleitamento materno exclusivo no início da vida é fundamental, passam a se reunir, no sentido de elaborar uma estratégia que levasse em conta os diversos determinantes que interferem na prática do aleitamento materno, criando-se o IGAB (International Group on Action on Breastfeeding).

Esta década representou também um período de retomada da coordenação do programa e em 1987 é dado impulso principalmente às equipes de trabalho do código, dos bancos de leite, mulher e trabalho, e de educação e comunidade. Os resultados consolidam em

1988, com aprovação de quatro políticas pró-amamentação no país, a saber: a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL); as normas sobre funcionamento dos Bancos de Leite Humano (BLH); o direito da mulher trabalhadora a quatro meses de licença maternidade e o direito ao pai a cinco dias de licença paternidade.

Em 1989, a OMS e o UNICEF lançaram um documento que hoje se pode reputar como fundamental em qualquer atividade programática a Declaração Conjunta: O Papel Especial dos Serviços Materno-Infantis.

Neste documento é mencionado o resumo do que as maternidades deveriam fazer para cumprir os chamados dez passos⁶ para o sucesso do aleitamento materno. Esta declaração passou a ocupar importante lacuna, pois não havia textos internacionais disponíveis de capacitação de pessoal em aleitamento e orientação sobre rotinas de pré-natal e parto (REA, 2003).

Em 1990 foi realizado um encontro, em Florença (Itália), promovido pela OMS/UNICEF na busca de mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para proteção, promoção, apoio ao aleitamento materno. O Brasil foi um dos participantes do encontro, no qual foi produzido o documento "Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global". A Declaração de Innocenti, resultante desse encontro, foi elaborada com o objetivo de fortalecer a mulher na sua decisão de amamentar exclusivamente até os 4 ou 6 meses de vida e continuar amamentando, com alimentos complementares, até o segundo ano de vida. Para tanto, resumia quatro ações fundamentais para que isso ocorresse, a saber: ter uma coordenação e um comitê pró-amamentação; assegurar que as maternidades cumprissem os dez passos para o sucesso do aleitamento materno; implementar todo o código e resoluções subsequentes relevantes da Assembléia Mundial de Saúde; e buscar formas imaginativas de proteger a mulher trabalhadora lactante, respeitando seus benefícios (OMS/UNICEF, 1990).

A meta global dessa declaração era que, para a década de 90, todas as mulheres deveriam estar habilitadas a praticar o aleitamento exclusivo, e todos os bebês deveriam ser

⁶ Os dez passos são: 1- ter uma norma escrita sobre aleitamento, transmitida a toda equipe de cuidados de saúde; 2- treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar esta norma; 3- informar todas as gestantes sobre as

vantagens e/ou manejo do aleitamento; 4- ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento; 5- mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seu filho; 6- não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite; 7- praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos - 24 horas por dia; 8- encorajar o aleitamento sobre livre demanda; 9- não dar bicos artificiais ou chupetas a criança alimentada ao seio; 10- encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório (OMS, 1989, p. 7).

amamentados unicamente com leite materno desde o nascimento até os quatros a seis meses de vida (OMS, 1989).

Em fevereiro de 1991 o UNICEF, organizações não-governamentais (ONGs) e profissionais independentes, preocupados com a possibilidade da não implementação de políticas com metas tão importantes que haviam sido decididas no início da década de 90, criaram a Aliança Mundial de Ações Pró-Amamentação (WABA). Essa coalizão mostrou-se fundamental para instigar anualmente a participação de grupos e pessoas na Semana Mundial de Amamentação. Com o objetivo de unificar as ações, a cada ano a WABA estabelece um tema relevante relacionado ao aleitamento materno. Em torno de cada tema estabelece um eixo central que ajuda a nortear as atividades para a sensibilização de profissionais da área de saúde, população, órgãos governamentais e não-governamentais, empresas, governos e demais setores da sociedade. (SIQUEIRA e TOMA, 2001)

Em março de 1992, através do MS e do Grupo de Defesa da Saúde da Criança e com apoio do UNICEF e da OMS/OPAS, o Brasil implementou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), visando promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno, a fim de reduzir o desmame e suas conseqüências sobre a morbi- mortalidade infantil. Em todo o mundo, para que um hospital receba o título de "Amigo da Criança", ele deve cumprir todos os dez passos (OMS, 1990).

Almeida (1999) relata que essa iniciativa busca a mobilização dos profissionais dos estabelecimentos de saúde de caráter hospitalar para que promovam um ajuste de rotinas e

práticas, como também de atitudes e comportamentos, a fim de garantir a adoção dos dez passos. Essas etapas devem ser seguidas em todos os estabelecimentos que oferecem serviços obstétricos e cuidados a recém-nascidos.

No entanto, atingir esses dez passos não era e não é tarefa das mais fáceis, pois atingir os mesmos, segundo o mesmo autor, requer, além de interação da equipe, determinação política para a busca do título. Como estímulo para a implantação da IHAC no Brasil, foi determinado que os estabelecimentos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) recebessem 10% a mais na assistência aos partos e atendimento pré-natal (OMS, 2001).

Sabendo-se que alguns passos da IHAC são eminentemente hospitalares, foi criado no Chile em 1995 uma iniciativa para o sucesso do aleitamento envolvendo os consultórios que acompanham as mães. Esta iniciativa também foi implementada no Peru em 1996, na Argentina e Nicarágua em 1997. No Brasil em 1998 foi criada uma iniciativa específica para as unidades básicas de saúde denominada de "Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação" (IUBAAM). A IUBAAM delineou um importante papel de suporte para as unidades básicas de saúde, a fim de tornar o aleitamento materno uma prática universal, contribuindo dessa forma para à saúde da criança, bem-estar dos bebês, suas mães, família e comunidade. Tal ação, também é constituída por dez passos⁷ para o sucesso do aleitamento materno a serem cumpridos pelas unidades primárias de saúde nos períodos de pré-natal e acompanhamento materno-infantil (OLIVEIRA e GOMES, 2001). Araújo (2003b) aborda que uma das grandes vantagens da implantação da IUBAAM é o apoio à IHAC por meio de

⁷ Os dez passos para o sucesso da amamentação da IUBAAM são: 1- ter uma norma escrita quanto à promoção proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda equipe da unidade de saúde. 2- treinar toda equipe da unidade de saúde, capacitando-a, para implementar esta norma. 3- orientar as gestante e mães sobre seus direitos e vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os seis meses de vida ou mais. 4- escutar as preocupações, as vivências e dúvidas das gestantes e das mães sobre a

prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo sua auto-confiança. 5- orientar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e de ficar com o bebê no alojamento conjunto. 6- mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a se afastar de seus filhos. 7- orientar as nutrizes sobre o método de amenorréia de lactação e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação. 8- encorajar a amamentação sob livre demanda. 9- orientar gestantes e mães sobre os riscos do uso de fórmula infantil, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações destes produtos na unidade de saúde. 10- implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares. (OLIVEIRA E GOMES, 2001)

adoção de medidas que fortaleçam as orientações no pré-natal sobre a importância e vantagens do aleitamento materno, o manejo da lactação (passo três da IHAC) e a formação do grupo de apoio às mães e seus familiares.

A promoção do aleitamento materno, hoje inserida na Área de Saúde da Criança da Secretaria de Políticas de Saúde do MS, vem descentralizando suas ações, ampliando cada vez mais suas parcerias, principalmente com secretarias estaduais de saúde e entidades de classes como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). O MS vem divulgando e promovendo encontros, seminários e outros eventos técnico-científicos, como cursos de monitoração da NBCAL, cursos para avaliadores, de gestores e de capacitação de equipe multiprofissional para a IHAC, curso de aconselhamento em amamentação, habilitação em BLH, entre outros. (BRASIL, 2002)

O desenvolvimento de projetos com outros órgãos como o de "Bombeiro Amigo da Criança e Carteiro Amigo da Criança" também vem sendo organizado pelo MS. O projeto em parceria com o Corpo de Bombeiros, além da orientação domiciliar, proporciona coleta do leite humano ordenhado e, em certas cidades, como em Brasília e Rio de Janeiro no Instituto Fernandes figueira (IFF), participa da equipe de plantão do próprio BLH. Numa iniciativa pioneira, o Corpo de bombeiro do Distrito Federal passou a atuar junto à rede pública hospitalar do DF em 1992, na coleta do leite materno em casas de mães doadoras. Ao longo dos últimos dez anos, esse trabalho se aperfeiçoou e, hoje, a corporação desempenha não apenas o serviço de coletar o leite doado, mas também de orientar as mães sobre a importância do aleitamento materno até o sexto mês de vida da criança, como superar dificuldades no aleitamento, vantagens

do aleitamento para o crescimento e desenvolvimento da criança, diagnosticar eventuais problemas no peito relacionado à pega incorreta e a importância da doação de leite às crianças prematuras que se recuperam nos berçários dos hospitais. Em 1998, o UNICEF lhes conferiu o título de "Amigo da Criança".

O projeto "Carteiro Amigo da Criança" nasceu no Ceará em 1996, como uma estratégia estabelecida pelo governo para combater a desnutrição e a mortalidade infantil no estado. Trata-se de um projeto de parceria entre o sistema de saúde e a Empresa de Correios e Telégrafos (ECT), que visa informar a comunidade sobre a importância e as vantagens do aleitamento materno para a saúde da mãe e da criança, com o objetivo de incentivar a prática do AME até o sexto mês e do aleitamento materno continuado até os dois anos de idade ou mais, como estratégia para reduzir a desnutrição e a morbi-mortalidade infantil e melhorar a qualidade de vida das crianças brasileiras. Os carteiros, assim como os bombeiros, tornaram-se assim agentes de cidadania, divulgando informações sobre a importância do aleitamento materno (ARAÚJO, 2003a).

II- 3 Trajetória dos Índices de Aleitamento Materno no Brasil e Papel do PSF

Rea (2003) aponta que não existem estudos nacionais confiáveis com população sadia que documentem os índices de amamentação em décadas anteriores aos anos 70. Segundo Alvim (1964), no entanto, alguns trabalhos realizados na década de 60 nas regiões Nordeste e Sudeste revelaram que a prática de aleitamento natural era difundida com duração de 4 a 12 meses. Levantamentos da década de 70 ocorridos em diversas áreas do país demonstraram sensível declínio na prática e na duração do aleitamento natural (NOVAES, 1978). Pode-se estimar que a prática de amamentar registra seus pontos mais baixos nessa década, conforme sugere o inquérito domiciliar nacional que mostrou que era de 2,5 meses a mediana de amamentação (VENÂNCIO e MONTEIRO,1998).

Os dados de três estudos nacionais, a saber; Estudo Nacional de Despesa Familiar - ENDEF (1975), Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição- PNSN (1989) e Pesquisa Nacional de Desenvolvimento em Saúde - PNDS (1996), realizados nas décadas de 70, 80 e 90, mostraram um aumento da prática de amamentação no Brasil. No Brasil urbano, a mediana do aleitamento materno cresceu de 1,5 mês em 1975 (ENDEF, 1975) para 4,1 meses em 1989 (PNSN, 1989) e 6,7 meses em 1996 (PNDS, 1996) (ARAÚJO, 2002). Estudos realizados pelo INAN na década de 80 mostravam que o tempo médio de aleitamento materno no Brasil era de 134 dias, sendo o tempo médio de aleitamento materno exclusivo de 72 dias (INAN/UNICEF, 1989).

A avaliação das informações disponíveis sobre amamentação em nosso país evidencia, segundo Oliveira e Gomes (2001), que embora haja uma tendência de aumento na prevalência do AME nos menores de quatro meses de idade, persiste ainda de forma bastante preocupante a introdução precoce, desnecessária e prejudicial de outros alimentos. De modo geral, temos ainda

hoje, portanto, em nosso meio, um perfil de aleitamento caracterizado pela alta incidência de adesão inicial à amamentação, ou seja, a maioria absoluta das mulheres brasileiras inicia a amamentação, porém com uma curta duração do AME. Estas observações também foram comprovadas no estudo do PNDS de 1996 que mostra a grande maioria das mulheres (97%) iniciando a amamentação dos seus bebês e a progressiva queda do aleitamento materno nos primeiros meses de vida. É possível ainda que as taxas de AME estejam superestimadas, pois não se questionava se outro líquido era oferecido quando as mães relatavam aleitar as crianças. Sabe-se ainda que muitas mães não consideram água e chás como complemento do leite humano (BRASIL, 2002).

Diante desses dados, Oliveira e Gomes (2001) relatam que houve nas últimas décadas uma atenção especial das políticas públicas com a questão do aleitamento. Procura-se garantir o acesso aos serviços de saúde, buscando a superação das barreiras geográficas, sócio-econômicas, culturais e organizacionais. Nesse contexto, apresentam-se dois pontos que devem ser destacados. O primeiro deles se refere à continuidade entre o pré-natal, o atendimento ao parto e o retorno de mães e bebês à rede básica. Nesta perspectiva, leva-se em conta as informações citadas sobre a época da interrupção do AME. As ações promotoras da amamentação só terão efetividade se ocorrerem nos primeiros 15 dias de vida do bebê. Além disso, é preciso ter claro que, nesse momento, o papel das equipes de saúde passa essencialmente pelo acolhimento de mães e bebês. É necessário que seja garantido espaço para a escuta e para o esclarecimento de dúvidas e aflições tão comuns nesse período.

O segundo ponto diz respeito às propostas nacionais de ampliação dos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PSF vem sendo implantado em todo Brasil, como importante estratégia para reordenação do modelo assistencial.

Prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua. Apresenta como estratégia de reorganização da atenção à saúde, que se caracteriza por um modelo centrado no usuário, demandando das equipes a incorporação de discussões acerca da necessidade de humanizar⁸ a assistência de saúde a assistência de saúde médico-sanitária em nosso país. Este é um modelo extremamente favorável para o enfrentamento das dificuldades de acesso ao cuidado com saúde em suas diferentes nuances, que variam de acordo com cada realidade local. Também vislumbramos aspectos muito favoráveis para a urgente mudança do paradigma na direção do acolhimento e do cuidado.

O mesmo autor ainda refere que as possibilidades trazidas no bojo do PACS e do PSF como continuidade da assistência prestada pela mesma equipe, entre pré-natal e puerpério e ampliação da cobertura de visitas domiciliares nos primeiros dias de pós-parto são muito valiosas pelo seu reconhecido impacto positivo na duração da amamentação.

A visita domiciliar (VD), que é uma das estratégias utilizadas por esses programas, constitui para Takahashi e Oliveira (2001) uma atividade que tem o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando a promoção de saúde da coletividade. A sua execução ocorre no local de moradia dos usuários dos serviços de saúde e obedece a uma sistematização prévia. Ela possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário do serviço de saúde e a constatação das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares. Além disso, facilita o planejamento da assistência por permitir avaliar os recursos de que a família dispõe.

⁸ Humanizar significa, segundo Zoboli, et. al (2001), reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde como sujeitos de direitos; é observar cada pessoa e cada família, em sua singularidade, em suas necessidades específicas, com sua história particular, com seus valores, crenças e desejos, ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia. Segundo o MS (2004), a humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que a saúde se traduza na resolução dos problemas

identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento de reivindicações de seus direitos e na promoção do autocuidado

Pode ainda contribuir para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário, posto que é freqüentemente uma atenção diferenciada advinda do serviço de saúde.

Assim, a implementação do PSF implica na interação com a comunidade, visando construir, de forma participativa e co-responsável, práticas e estratégias mais eficazes de enfrentamentos aos problemas e necessidades de saúde. Um dos problemas prioritários nos quais esses programas buscam intervir é a interrupção precoce do AME. Nesta perspectiva, a comunicação é uma forma indispensável para garantir o AME, pois é o principal meio de veiculação do processo educativo. Assim sendo o profissional de saúde do PSF deve estar preparado para utilizar a técnica de aconselhamento⁹, conversando com as mães sobre amamentação e sobre como elas se sentem, abarcando dimensões de sua vida de forma a ampliar o conhecimento e a compreensão do processo de amamentação e seus determinantes.

⁹- Aconselhamento é uma experiência que visa ajudar indivíduos a planejar, tomar decisões, lidar com as pressões da vida e crescer, a fim de adquirir auto-confiança positiva, para praticá-lo na amamentação. Devemos assim, desenvolver habilidades de ouvir e tentar entender o que a mãe sente e pensa, e oferecer condições para que seja capaz de tomar decisões (BUENO, 2001).

II- 4 A Mulher e seus Diversos Papéis: Mãe/Nutriz e Trabalhadora

O contexto social, histórico e cultural em que a mulher se insere sempre influenciou a sua forma de agir frente à amamentação. Nesse sentido, faz-se necessário entendermos como a mulher foi vista pela sociedade através dos tempos, as suas conquistas frente às esferas públicas e, finalmente, como se situa atualmente sendo mãe, mulher e profissional.

A diferença entre os sexos sempre existiu, estando presente desde o início dos tempos, não apenas no sentido biológico mas, principalmente, no social. Beauvoir (1980) refere em seus estudos que a evolução feminina não prosseguiu de maneira contínua. Cada comunidade tinha suas crenças e leis próprias, havendo distinção entre elas. Afirma ainda que o mundo sempre pertenceu aos machos, uma vez que quando duas categorias humanas (homem e mulher) se encontram num mesmo terreno, cada uma quer impor sua vontade e soberania. "Se uma das duas é privilegiada, ela domina a outra e tudo faz para mantê-la na opressão"(BEAUVOIR, 1980, p. 81). Compreende-se, portanto, que durante tantos anos o homem tenha dominado a mulher.

A procriação sempre esteve ligada à mulher, mesmo quando não se conhecia a participação do homem nesse processo e nem a forma de reprodução. Assim, historicamente e socialmente, o corpo feminino era associado à idéia de vida, porque dava à luz; alimentava o filho pela amamentação. Estes fatores eram considerados de "natureza específica" do gênero feminino. Porém, com a descoberta da participação do homem na procriação, fato que segundo Lins (2000) ocorreu através da observação do ato sexual dos animais, estabeleceu-se a noção de paternidade reconhecida e uma nova concepção de reprodução. A procriação não era mais fato exclusivo da mulher, mas apresentava-se acima de tudo centrado na semente da vida - o sêmen masculino, sem o qual não existiria a vida nem a preservação da espécie humana (BADINTER, 1986).

Sob esse enfoque, Queiroz (2002) destaca que a paternidade biológica e a instituição da filiação pelo homem produziram uma revolução ideológica; o poder do pai substituiu o da mãe. Instaurou-se, assim, o patriarcado e a ascendência patrilinear para os filhos, ao mesmo tempo em que se restringiu a liberdade sexual da mulher.

Neste sentido, o patriarcado nasce na perspectiva de poder pelo homem e domínio da mulher e da prole. A mulher passa a ter um papel de reprodutora. Para o marido, a mulher tem triplamente o status de objeto, instrumento de promoção social, (eventualmente) objeto de distração e um ventre do qual se toma posse. Muraro (2003) acrescenta que a mulher saía virgem das mãos do pai para propriedade do esposo e permanecer fiel a este sempre. Os homens começavam a fazer as leis e ditar normas e costumes para as mulheres, todas em benefício próprio. A mulher passa a ser para a casa e os filhos, e o homem para o trabalho. O domínio público passa a ser do homem.

Lins (2000) recorda que a religião judaico-cristã é uma religião basicamente patriarcal e reforça essa visão. Nesta perspectiva, a mulher, é colocada como inferior e submissa ao homem, que é tido como o princípio de tudo.

Queiroz (2002) acrescenta que a partir dessa visão compreendemos que a imagem da maternidade está associada à santidade, ao privado e ao doméstico, em oposição ao profano e ao mundano. Para as mulheres ocidentais, a maternidade é algo divino e a mãe, santa, posto que sofredora. Citando um conhecido adágio popular, "ser mãe é padecer no paraíso".

Assim, a Igreja instituiu, conforme Del Priori (1993), o modelo de "santa-mãezinha". Esse modelo, através da colonização, orientou-se para estimular o casamento e repudiar as mulheres concubinas, amancebadas e amasiadas, de forma a garantir a transmissão de valores morais e cristãos. O matrimônio era visto como importante fator de saneamento econômico e social, atribuindo-se ao marido a fiscalização das mulheres, para que cumprissem à risca os

deveres religiosos. A mesma autora refere que a mulher foi destinada à reprodução da espécie dos filhos de Deus e, portanto, é um ser sagrado. Representa-se a maternidade como fator natural e abençoado por Deus - divindade e autoridade maior.

No entanto, a expressão mulher-mãe durante o período da colonização não tinha valor social ou moral. A infância era vista como um estorvo, insuportável ao convívio familiar, um verdadeiro fardo. Badinter (1985) ressalta que não eram raros os infanticídios e os abandonos, e que um dos sinais claros dessa rejeição manifestava-se justamente pela recusa em amamentar os filhos, entregando-os a amas de leite. A posição da mulher era de vítima, em face à sua condição social produzida pela maternidade. Considerada como uma ocupação sem valor, o baixo status da maternidade se refletia na atitude de indiferença e desinteresse pelo filho, por parte de sua genitora.

Ariès (1981), em seus estudos sobre a infância, ressalta que somente a partir do Século XVII teve início uma alteração significativa na concepção de criança, concedendo-lhe algum destaque, contudo longe de ser o centro da família como nos dias atuais. Essa alteração ocorreu devido ao alto índice de mortalidade infantil na França, com percentual superior a 25% de mortes em crianças menores de um ano. No fim do Século XVIII, começou-se a repensar a imagem da mãe e sua importância para a criança, tendo-se verificado que as crianças que, por algum motivo, eram asiladas com as mães sobreviviam mais que as entregues às amas de leite.

Como citado anteriormente, Badinter (1985) argumenta que, no final do Século XIX, o amor materno passou a representar um novo conceito que exaltava a maternidade como um valor natural e social, favorável à sociedade e à espécie humana. Em síntese, foi pelo interesse em desempenhar um papel mais gratificante na família e na sociedade e desfrutar o poder sobre os filhos que as mulheres se converteram ao amor materno. Iluminada por essa concepção, a mulher

passou a ser estimulada a doar-se para a família, tendo a maternidade como um papel fundamental e elemento identificador do ser mulher.

Ganha-se, assim, um lugar social específico, a mãe-mulher higienista, passiva e ingênua, ligada à família e à maternidade. Como descrito anteriormente, a amamentação passou a ser valorizada como forma de reverter o quadro de morbimortalidade infantil e, principalmente, como meio de controle da vida da mulher.

Diante desse contexto cultural e ideológico, as mulheres eram criadas e preparadas para assumir seus papéis fundamentais - esposa e mãe, confinadas ao lar para que não negligenciassem ao seu "instinto maternal".

Turbet (1996, p. 104-105) esclarece que:

A história nos ensina que o lugar e a valorização da maternidade no âmbito sociocultural modifica-se e varia em função das distintas época e contextos, respondendo a interesses econômicos, demográficos, políticos, etc. No entanto, parece evidente que em toda sociedade patriarcal a mulher entra na ordem simbólica somente sendo mãe.

Nessa ótica, podemos compreender historicamente porque a representação sobre a mulher foi construída socialmente de forma a ressaltar a submissão e subordinação ao homem e o destino inexorável da procriação.

No entanto, muitos dos conceitos e aspectos ligados à mulher se modificaram e vêm se modificando com o passar dos tempos. A crescente urbanização, a entrada da mulher no mercado de trabalho, sua emancipação, o direito ao voto e a possibilidade de controlar sua fertilidade, associada aos movimentos feministas, sem dúvida, processaram muitas dessas mudanças.

Novos horizontes e perspectivas surgiram na vida da mulher, principalmente com sua saída da esfera doméstica para ocupar espaço na esfera pública, tornando-se economicamente ativa. Porém, apesar desses novos contornos, ainda hoje a mulher é considerada a responsável pelos cuidados com os filhos, a casa e a vida doméstica, acumulando, assim, novos papéis, sem

contudo haver uma divisão de tarefas igualitárias. Para Santos et al. (2001), isso se dá pelo fato de sermos herdeiras de perspectivas essencialistas, bastante resistentes a mudanças, como a idéia de que a natureza feminina é responsável pelos traços que delimitam a mulher na sociedade.

Scavone (1985) sustenta que a essa responsabilidade acresce-se a relativa ausência dos pais na criação dos filhos. Nesse sentido, a maternidade pode se expressar por um sentimento ambíguo e contraditório de desejo e fardo. O caráter ideológico da maternidade em nossa sociedade pode explicar essa ambigüidade. A configuração da maternidade na nossa sociedade leva inevitavelmente ao questionamento da atuação exclusiva do sexo feminino no desempenho da maior parte das funções atribuídas ao "ser mãe". O desempenho de tais funções impede ou dificulta a participação das mulheres em outras esferas do social e, muitas vezes, não dão espaço para que usufruam o próprio prazer da relação com as crianças.

Bruschini (1994) sustenta que o difícil equilíbrio entre atividades econômicas e familiares se torna mais frágil ainda pela presença de crianças. A idade do filho tem conseqüências sobre a participação econômica interferindo de forma mais marcante na participação feminina no mercado de trabalho. A responsabilidade pela guarda, cuidado e educação dos filhos na família centrados na mulher e a insuficiência de equipamentos coletivos, como as creches, limitam a saída da mulher para o trabalho remunerado. Desta forma, são enormes as dificuldades para se conciliar trabalho doméstico, família e trabalho remunerado.

Pastore (2002) acrescenta que no Brasil ainda predomina a noção de que o trabalho fora de casa conspira contra a vida familiar. Se a mulher se dá no trabalho, não pode se dar no lar. Para cumprir um dos objetivos, tem de violar o outro. Este fato cria graves conflitos morais, alimentando um sentimento de culpa que atormenta as mulheres.

O mesmo autor relata que atualmente as mulheres ainda enfrentam inúmeras barreiras invisíveis, obstáculos criados pela sociedade, que nada têm a ver com capacitação e competência.

No Brasil, em igualdade de condições, as mulheres ganham, em média, 25% menos do que os homens. Mesmo nas profissões tipicamente femininas, elas estão em desvantagem. Jurema (2002) recorda que embora as mulheres possuam uma escolaridade superior à dos homens, ganham menos pelo mesmo trabalho. Culturalmente, o trabalho da mulher é tido como complementar. Politicamente, o acesso da mulher à esfera do poder é limitado, ainda que ela freqüentemente exerça papel de liderança na comunidade. Essa limitação se deve a questões de tradição cultural e mesmo financeiras. Todas essas dificuldades estão implícitas ao fato de compatibilizar um poder construído para os homens com a área privada das mulheres, que é a da casa e da família, que ela continua cuidando.

No que se refere à maternidade, trabalho feminino e amamentação, Webere (1985) aponta que com freqüência a mulher se vê diante do dilema de ter que cumprir o papel de mãe, nutriz e trabalhadora. O conflito de tais papéis pode levá-la a abandonar o trabalho ou a ocultar a maternidade na sua vida profissional. Nakano (1996) relata que diante da ambivalência de sentimentos conflitantes, a mulher que pretende se desenvolver em ambas as dimensões acaba por exigir mais de si própria, sobrecarregando-se física e emocionalmente pela multiplicidade e superposição de responsabilidades. Pois, como vimos anteriormente, mesmo com todas as conquistas feministas, o trabalho doméstico, a administração do lar, a criação e educação dos filhos são atividades primordialmente femininas e consideradas não produtivas.

Réa e Cukier, em estudo publicado em 1984 (anterior à Constituição de 1988), demonstraram que o trabalho pode ser uma causa não declarada para o desmame de extrema importância e que necessita de outras metodologias para ser investigada. A legislação brasileira atual, pela qual a mulher tem direito à licença-maternidade de 120 dias e garantia ao emprego (Constituição Federal, artigo 7º., inciso XVIII), além do direito à creche e a dois descansos de meia hora durante a jornada de trabalho para aleitar (Consolidação das Leis do Trabalho, artigo

389, parágrafos 1^o. e 2^o.), constitui-se, indubitavelmente, em um avanço. No entanto, mesmo com estas conquistas, as conseqüências dessas mudanças para a prática do aleitamento materno e para a vida dessas mulheres, ainda não foram documentadas. Na verdade, muitos desses direitos não são implementados, como é o caso das creches fora do local de trabalho, as quais implicam muitas vezes em dificuldades de transporte (Réa, 1997). Por fim, há que se considerar o regime de informalidade em que labora uma expressiva parcela de nossa população feminina, no qual todas essas conquistas são nulificadas.

Por ser influenciada por fatores sociais, a amamentação é um comportamento mutável de acordo com a época e os costumes (SILVA, 1990). Badinter (1985) aponta que a decisão de amamentar é uma opção pessoal da mulher determinada pelo seu existir no mundo. Contudo, afirma que as mulheres experimentam sentimentos de culpa e ansiedade devido à estreita relação entre amamentação e amor materno estabelecido pela sociedade. Nesse sentido, o não amamentar pode, aos olhos da sociedade, ser encarado como uma incapacidade na arte de maternar e mesmo um ato irresponsável.

Esta realidade tem sido uma constante histórica. Neste sentido, não é o trabalho, mas as condições sociais concretas em que ele se dá e a falta de amparo social que interferem de modo importante na conciliação da maternidade, da amamentação e da produção feminina.

II-5 A Teoria das Representações Sociais

Este tópico tem o objetivo de abordar a Teoria das Representações Sociais (TRS). Essa teoria permite ao pesquisador assumir uma posição epistemológica no que se refere ao entendimento do sujeito, do objeto e do ato de representar. Procurarei estabelecer nexos necessários desta abordagem com o objeto de estudo, explicitando os conceitos que estão dando direção e suporte à construção desse estudo.

A TRS, elaborada por Serge Moscovici em 1961, resgatou o conceito esquecido de Durkeim de Representações Coletivas. Moscovici começou a trabalhar nessa teoria enquanto esteve refugiado em Paris durante a Segunda Guerra Mundial. Para se apropriar de mais conhecimento em relação à psicologia social, buscou outras fontes como a cibernética, pois esta reunia conhecimento de pesquisadores tanto das ciências naturais como das ciências humanas.

O estudo pioneiro de Moscovici intitulado *A psicanálise: sua imagem e seu público*, sobre as maneiras de como a psicanálise penetrou no pensamento popular na França, foi primeiro publicado em 1961 e, em segunda edição, em 1976, permanecendo sem tradução para o inglês; essa circunstância que contribuiu para a pouca receptividade da TRS no mundo anglo-saxão.

Moscovici retomou o conceito de Representações Coletivas (RC) de Durkeim, tendo superado a antítese e produzido uma síntese entre a abordagem da Psicologia e da Sociologia. Segundo Durveen (2003, p. 12) Durkeim formulou suas idéias explicitamente em seu aforismo de que " sempre que um fenômeno social é diretamente explicado por um fenômeno psicológico, podemos estar seguros que a explicação é falsa". Estabeleceu também a sociologia como uma ciência autônoma, defendendo uma separação radical entre representações individuais e coletivas.

Por conseguinte, Durkeim via as RC como formas estáveis de compreensão coletiva, com o poder de obrigar que pode servir para integrar a sociedade como um todo. Moscovici esteve mais interessado em explorar as variações e a diversidade das idéias coletivas nas sociedades modernas. Essa própria diversidade reflete a falta de homogeneidade dentro das sociedades modernas, em que as diferenças refletem uma distribuição desigual de poder e geram uma heterogeneidade de representações.

Para Farr (1998), RS são vistas como formas de conhecimento produzidas e sustentadas por grupos sociais específicos numa determinada conjuntura histórica. O conhecimento emerge do mundo onde as pessoas se encontram e interagem, do mundo onde os interesses humanos, necessidades e desejos encontram expressão, satisfação ou frustração. Em síntese, o conhecimento surge das paixões humanas e, como tal, nunca é desinteressado; ao contrário, ele é sempre produto de um grupo específico de pessoas que se encontram em circunstâncias específicas, nas quais elas são engajadas em projetos definidos.

Na perspectiva de Jodelet (1989), as representações situam-se na interface do psicológico e do social, podendo ser entendidas como forma de conhecimento prático cujo principal propósito é orientar o sujeito a compreender e a comunicar-se no mundo. Estruturam-se no conhecimento (dimensão cognitiva) e no afeto (dimensão intra-individual) do sujeito, a partir do contexto no qual vive. Esta afiliação individual-social da representação nos dá a dimensão da sua potencialidade em criar e transformar a realidade social. A mesma autora orienta estudar as RS estabelecendo articulações necessárias entre os elementos afetivos, mentais e sociais e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre as quais elas vão intervir.

Arruda (1993) relata que as representações são sempre um produto de interação e comunicação, tomando forma e configuração específicas a qualquer momento, como uma consequência do equilíbrio específico desses processos de influência social. Com esses pressupostos fundamentais, as RS abrem novo espaço para captar e analisar a diversidade de significados, oriundos dos diversos grupos sociais. Isto porque as sociedades modernas são caracterizadas pelo pluralismo, pela religiosidade e pela rapidez com que as mudanças econômicas, políticas e culturais acontecem, sem que se possa esquecer a convivência de conceitos, valores, imagens e ideologias. Dessa forma, ao substituir o termo de RC por sociais, Moscovici contribuiu significativamente para modernizar o instrumental teórico à disposição das ciências sociais, tornando-o mais adequado à natureza dos fenômenos investigados.

No sentido de aproximar o referencial teórico do objeto de estudo, entendo que as mulheres que interromperam precocemente o AME encontram-se dentro de um sistema social e suas atitudes tornam-se coerentes com a realidade social com a qual estão inseridas e como se relacionam. As pessoas fazem representações do real. Elas tentam entender os fatos novos que acontecem, lançando mão de mecanismos de representação. Contudo, acredito que com a aplicação dessa teoria é possível conhecer as RS da amamentação em mulheres com filhos de zero a seis meses, que interromperam precocemente o AME.

Dentro desse panorama e como vimos anteriormente, ao longo dos anos, o aleitamento materno tem sido influenciado por fatores históricos, culturais, sociais, políticos e econômicos, e o hábito de as mulheres praticá-lo ou não é consequência da época e do meio social nos quais se encontram. É preciso analisar o social em sua totalidade, considerando as idéias, visões de mundo, senso comum, tradições dessas mulheres, porque seu conhecimento e as suas experiências são socialmente compartilhados. Portanto, acredito que a TRS seja um campo fértil

para este estudo. A introdução prematura de outros alimentos ou líquidos ao filho por parte de suas mães reflete as complexas relações existentes entre o biológico e o social que envolvem o processo da amamentação. Esta teoria irá explorar essas relações, mas também desvendar aquelas que se encontram entre o saber comum e o saber científico, em razão da valorização do saber popular.

Nessa perspectiva, Moscovici (2003) diz que as RS são um processo cotidiano vivenciado pelo homem e que tem a ver com a posição que ele ocupa na sociedade de classes. As RS são partilhadas por um grande número de pessoas, transmitidas de uma geração à outra e impostas a cada um de nós sem nossa aquiescência consciente. Assim sendo, em todas as épocas existiram mulheres que não puderam amamentar ou não quiseram amamentar seus filhos. A prática do aleitamento materno, por ser um ato social, esteve ligada a circunstâncias históricas e culturais, até os dias de hoje.

A RS, segundo o mesmo autor, trata com categorias de universos consensuais e reificados, que são próprios de nossa cultura. Em um universo consensual, a sociedade é vista como um grupo de pessoas que são iguais e livres, cada um com possibilidade de falar em nome do grupo e sob seu auspício. Desta maneira, presume-se que nenhum membro possua competência exclusiva, mas cada qual pode adquirir toda competência que seja requerida pelas circunstâncias. No universo reificado, a sociedade é vista como um sistema de diferentes papéis e classes, cujos membros são desiguais. Somente a competência adquirida determina seu grau de participação de acordo com o mérito. O contraste entre os dois universos possui um impacto psicológico. Os limites entre eles dividem a realidade coletiva e, de fato, a realidade física, em duas. Constata-se facilmente que as ciências são os meios pelos quais compreendemos o universo

reificado, enquanto as RS tratam com o universo consensual. As RS são formadas em função da necessidade de decodificar o que é desconhecido, transformando-o em algo familiar.

Moscovici (1978) descreve dois processos centrais para esta forma de pensamento em que a memória e as conclusões pré-estabelecidas predominam: a objetivação e a ancoragem. No processo da objetivação a intervenção do social se dá no ajustamento e na forma do conhecimento, relativos ao objeto de uma representação. Ela se articula a uma característica do pensamento social, a propriedade de tornar concreto o abstrato, de materializar a palavra a partir de uma imagem mental. A objetivação satura o conceito desconhecido da realidade, transformando-o em um bloco de construção da própria realidade. Cada representação realiza, literalmente, um grau diferente de objetivação, que corresponde a um grau de realidade. Estes níveis não têm existência independente, eles são criados e mantidos por grupos e desaparecem com eles. A cristalização de uma representação remete à objetivação. É quando o indivíduo torna o real concreto para ele mesmo, através de um quadro de referências próprias.

Segundo Jodelet (1989), são necessárias três etapas para que se dê a objetivação:

1- Construção seletiva da realidade que é a descontextualização de um elemento, de uma teoria, em função de critérios normativos e culturais. Nesta fase, a objetificação significa fazer equivaler o conceito com a imagem.

2- Esquemática estruturante ou formação de um núcleo figurativo é a forma de uma estrutura de imagem que reproduz a uma estrutura figurativa ou conceitual. Uma estrutura metafórica vai reproduzir de uma maneira visível uma estrutura conceitual. Aqui, os conceitos teóricos são constituídos em um conjunto de metáforas coerentes, acomodando-as dentro de um referencial conhecido e aceito individual e socialmente.

3- Naturalização é a transformação do abstrato em concreto. As figuras, elementos do pensamento, se tornam elementos de realidade. Esta etapa ocorre quando um conceito é verdadeiramente naturalizado, se dá quando o percebido constitui o concebido e se torna sua extensão lógica.

De acordo com Moscovici (1978), os indivíduos estão constantemente enriquecendo o ambiente e transformando-o, desnaturalizando certas figuras e naturalizando outras. O

modelo figurativo integra os elementos da ciência numa realidade de sentido ou senso comum. Ou seja, toda vez que um indivíduo apreende um conceito científico, ele precisa naturalizá-lo porque, ao se apropriar desse conceito, ele o traz para o senso comum. Para que se realize o processo da objetivação, é necessário que seja feita uma nomeação. Quando um indivíduo nomeia alguma coisa (fenômeno, ou alguém), ele tem segurança em relação àquela coisa, porque a tornou familiar, e essa nomeação tem a ver com a cultura, com o pertencimento de classe.

No processo da ancoragem, Jodelet (1989) concerne o enraizamento social da representação e de seu objeto. Aqui a intervenção do social se traduz na significação e na utilidade que lhe são conferidas, a inserção orgânica do que é estranho no pensamento já conhecido.

Ancoragem para Moscovici (1978) é o processo de trazer as representações às categorias e imagens diárias ligando-as a um ponto de referência reconhecível. Permite que algo desconhecido e inquietante, que incita nossa curiosidade, seja incorporado à nossa própria rede de categorias e nos permita compreendê-las e compará-las com o que nós consideramos um membro típico dessa categoria. O processo de ancoragem se decompõe em várias modalidades que permitem aprender:

- Como a significação é conferida ao objeto representado;
- Como a representação é utilizada como sistema de interpretação do mundo social, quadro e instrumento de conduta;
- Como se opera sua integração num sistema de aceitação e a conversão dos elementos deste último em conformidade.

O mesmo autor afirma que os indivíduos atribuem causa a eventos que pertençam à sua experiência, ao seu comportamento e ao de outras pessoas. Nós somos desafiados a encontrar uma explicação quando algo ou alguém não se conforma às nossas representações e, para responder, buscamos uma motivação ou as razões. Ao agir assim, fazemos imputações. As imputações explicam ações visíveis por fatores invisíveis. Enfim, lançando mão de cada um destes mecanismos e/ou de todos eles, os indivíduos têm representações de seu cotidiano, de suas vidas.

Nesse sentido, esta pesquisa pretende desvendar as RS acerca da amamentação nas mulheres que interromperam precocemente o AME e as implicações dessas RS nesse processo, visto que algumas dessas mulheres em geral demonstram interesse e vontade em amamentar. Reforçando esta idéia, para Bitar (1995, p.15) a amamentação "é uma escolha individual que se desenvolve dentro de um contexto sociocultural, portanto influenciada pela sociedade e pelas condições de vida da mulher".

CAPÍTULO III

Considerações Metodológicas

Trata-se de uma pesquisa descritiva com uma abordagem qualitativa, escolha que se baseou na natureza e nas características do objeto de estudo. Para tentar alcançar os objetivos traçados, optei pela perspectiva das representações sociais. Esta teoria, como vimos anteriormente, estabelece as relações dos sujeitos no seu meio físico e social, guiando e orientando as suas ações e relações sociais.

Para Goldeberg (2000), a pesquisa qualitativa descreve a complexidade de determinado problema, analisa certas variáveis, compreende e classifica processos dinâmicos vividos por grupos sociais e contribui no processo de mudança de determinado grupo. Dentro desta perspectiva, este tipo de pesquisa permite, em maior nível de profundidade e entendimento, conhecer as particularidades das mulheres que interromperam precocemente o AME.

O estudo teve como sujeitos 30 mulheres com filhos de zero a seis meses de vida que interromperam o AME e que fizeram pré-natal em unidades do PSF do município de Resende.

Esta faixa etária foi estipulada com base na recomendação da OMS que determina que os bebês com até seis meses de vida necessitam apenas do leite materno para o seu crescimento e desenvolvimento (OMS, 2001). Desse modo, a introdução de qualquer outro alimento, seja ele líquido ou sólido, na dieta do bebê, antes do sexto mês completo de vida, é caracterizada como interrupção do AME. A escolha desse grupo foi derivada da orientação de Jodelet (1989), segundo a qual para se trabalhar com as RS é necessário que o objeto de representação exista efetivamente e que os sujeitos possam exprimi-lo.

A justificativa para a seleção de mulheres provenientes das unidades de PSF de Resende decorreu do fato deste ter sido o local de minhas observações e cuja população já me era bastante familiar, o que aumentaria a efetividade da coleta de dados em relação ao AME.

Ao nos aproximarmos do campo e iniciarmos a coleta de dados, percebemos a existência de diferentes RS acerca do fenômeno a ser estudado no grupo de mulheres que não trabalhava fora (Ntr) e no segmento que trabalhava fora (Tr). Wagner (1998, p. 10) refere que discursos e comunicações que criam RS ocorrem dentro de grupos reflexivos. Um grupo reflexivo é entendido “como um grupo que é definido pelos seus membros que conhece sua afiliação e dispõe de critérios para decidir sobre quem são os seus membros”. Complementa ainda que os membros dos grupos reflexivos elaboram coletivamente regras, justificativas e razões para crenças e comportamentos dentro de suas práticas diárias relevantes.

Neste sentido, classificamos os sujeitos em dois grupos: Ntr e Tr. Este fato toma como base a afirmativa de Moscovici (2003) que alega que a TRS toma como partida a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda a sua estranheza e imprevisibilidade. O objetivo, assim, é descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável e previsível a partir de tal diversidade.

Quadro 01: Grupos estudados

VARIÁVEL	NÚMERO
Ntr	15
Tr	15

Foram excluídas da amostra mães que tiveram bebês internados em unidades de terapia intensiva, situação em que modifica a instalação do processo de amamentação e a própria representação sobre esta. Excluí também mães às quais foi contra indicado o aleitamento por razões de ordem médica, seja por patologia materna, como psicose, câncer de mama e infecção pelo HIV, ou por patologia do bebê.

Os cenários escolhidos para a investigação foram duas unidades de PSF existentes no município de Resende. Essa escolha se deu em função da minha atuação como enfermeira nestas unidades, em uma das quais com cargo efetivo e em outra como eventual substituta, nos períodos de folga e férias da enfermeira efetiva.

Quanto à importância das técnicas de coleta de dados, Bardin (1977) destaca que esta deve permitir que o sujeito ou o grupo social possa interagir em relação ao objeto da representação, dando vazão à subjetividade, pois a representação ultrapassa os limites do mundo concreto.

Assim sendo, inicialmente utilizamos um questionário com o propósito de traçar um perfil das entrevistadas (Apêndice A). Este instrumento contém dados como idade das mulheres, religião, estado civil, nível de escolaridade, renda familiar, ocupação, característica da família,

história obstétrica e referência anterior com relação à amamentação prévia e atual. Este modelo de instrumento contempla informações imprescindíveis para caracterizar os indivíduos participantes do estudo, tornando-se sua aplicação fundamental em estudos de RS na perspectiva psicossocial. Segundo Moscovici (1978) a TRS se sustenta exatamente nos grupos socialmente construídos. Desta forma, podemos compreender como foram elaboradas as RS acerca da amamentação nos diferentes grupos assistidos pelos PSF de Resende.

Com relação à coleta de dados, duas técnicas foram utilizadas. A primeira foi a aplicação do Teste de Associação de Livre de Idéias (ALI) (Apêndice B). Para Bardin (1977), este teste é utilizado para fazer surgirem, de forma livre, associações relativas às palavras exploradas ao nível dos estereótipos sociais espontaneamente partilhados pelos indivíduos de cada grupo social. Estereótipo é a representação que temos do objeto ou, em outras palavras, a imagem do objeto que surge espontaneamente. A aplicação do teste é simples e as falas foram gravadas em fitas magnéticas, após o devido consentimento das participantes. Pedimos aos sujeitos que associassem, livre e rapidamente, a partir da audição dos termos indutores (estímulos), outras palavras (respostas) ou palavras induzidas.

Ao aplicar o teste piloto, iniciamos a técnica com três palavras ou expressões: “leite humano, amamentação, dar só peito”. Neste momento, podemos perceber uma confusão por parte das depoentes em relação ao entendimento de alguns termos como leite humano e amamentação. Dessa forma, fizemos algumas alterações tais como a ordem das palavras indutoras, a troca do termo leite humano por leite do peito e acrescentamos mais um termo indutor. Assim, a questão que orientou o uso dessa técnica foi: *Diga o que lhe vem à mente quando se fala em: amamentação, leite do peito, dar só peito e tirar do peito*. Ressaltamos que os termos indutores foram perguntados separadamente.

Bardin (op. cit.) relata que esta técnica possibilita fazer uma hipótese de centralidade daqueles léxicos semânticos de destaque que serão atribuídos ao objeto estudado, e que também permitirá destacar os elementos que ficarão mascarados com a técnica de entrevista. Ao utilizarmos a ALI, tivemos a intenção de produzir um caráter mais exploratório do tema a ser pesquisado como o objetivo de apreender a idéia preliminar do pensamento espontâneo dos sujeitos. Coutinho (2001) acrescenta que a associação livre é uma técnica que se presta à análise multivariável e, por seu caráter projetivo, tem características semelhantes às técnicas não verbais. As técnicas projetistas utilizam variados estímulos simbólicos, verbais e pictóricos para obtenção de respostas latentes à consciência do indivíduo. A mesma autora acrescenta que no discurso, freqüentemente, o que emerge são falas aceitas pelas normas e regras da sociedade, ou seja, mais sensíveis aos fatores sociais e às opiniões ideológicas dominantes.

Por último, utilizamos um roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice C), com gravação das falas. Exploramos os principais temas que interessam ao estudo das RS. A escolha desse tipo de entrevista resultou de sua adequação aos propósitos da pesquisa, visto que permite maior e melhor interação com as participantes, abrindo espaço livre para discutir conteúdos culturais internalizados, vivências, projetos de vida e expectativas.

Segundo Lakatos (1992), a entrevista semi-estruturada é um encontro entre duas pessoas a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É usada na investigação social para coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou tratamento de um problema social. Sustenta Trivinos (1987) que ela valoriza a presença do investigador, oferecendo todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias. Dessa forma, o informante começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Inicialmente, aplicamos um roteiro preliminar dessa entrevista em quatro mulheres, que não contabilizaram o total de sujeitos (30), para verificar a adequação aos propósitos da pesquisa.

Sobre a relevância do uso desses instrumentos, ALI e entrevista semi-estruturada, nas RS, cumpre refletir as considerações de Arruda (1993) que esclarece que a linguagem verbal é uma das formas mais comuns para alcançar as representações. Nesse sentido, a linguagem é entendida como um dos principais instrumentos de construção e transformação do mundo

cultural, tendo função importante na investigação das RS. Abric (1994) acrescenta que a coleta de dados por meio de entrevista constitui, ainda em nossos dias, um método indispensável em qualquer estudo sobre representações. Assim sendo, acreditamos que as técnicas são complementares pois, como Oliveira (1999) destaca, existe a necessidade de se associar técnicas complementares a entrevistas em estudos de representações sociais com o objetivo de controlar, recortar e aprofundar as informações obtidas. Cabe ressaltar que a complementação de técnicas objetivou a triangulação dos dados. Alves-Mazzoti (2002) sustenta que a complementação se faz importante e necessária em pesquisas qualitativas porque visa a maximizar a confiabilidade e credibilidade dos dados.

Para iniciar a coleta de dados, no primeiro momento, identificamos as mulheres que interromperam o AME antes do sexto mês de vida do bebê através das consultas de puericultura, das visitas domiciliares e das consultas de puerpério, atividades comumente realizadas nas unidades de PSF. O levantamento foi realizado por mim, no módulo em que atuo como efetiva. No outro módulo, o levantamento dos sujeitos foi realizado pela enfermeira que atua efetivamente no local.

Tendo aquiescência da nutriz, agendamos a melhor data e horário. Transcorrida essa primeira etapa, fizemos uma aproximação com a participante através da exposição da pesquisa, com ênfase nos objetivos e na importância de sua participação. Posteriormente, iniciamos a coleta efetiva de dados em sua residência, pois a coleta *in loco* possibilita maior entendimento do contexto de vida dessas mulheres, permitindo também conhecer o ambiente, o meio e a estrutura familiar, os quais influenciam diretamente nas representações dessas mulheres. Sobre esse assunto, Takahashi e Oliveira (2001) relatam que se a visita domiciliar tiver como objetivo a coleta de dados, ela permitirá a observação sistematizada das dinâmicas das famílias e suas

condições de vida e saúde. Procuramos também estar atentas para proporcionar sempre um ambiente tranquilo e propício para a coleta de dados pois, como sustenta Queiroz (2002), o ambiente de interação e espontaneidade, evitando situações de constrangimento, é um aspecto fundamental nesse processo.

Concomitantemente às visitas domiciliares, aplicamos a ALI com gravação das falas e, por fim, realizamos a entrevista semi-estruturada. Os depoimentos foram gravados em fita magnética, com autorização prévia das participantes, tendo uma duração média de uma hora cada depoimento. O uso dessa técnica garante ao pesquisador a obtenção de informações mais fidedignas. Como vantagem, a gravação registra todas as impressões orais imediatamente, deixando o entrevistador livre para prestar atenção ao entrevistado. O número de participantes e o encerramento da coleta de dados foram determinados pela saturação do conteúdo das entrevistas, ou seja, quando ocorreu repetição dos conteúdos das mesmas. Em concordância com Sá (1998), no entanto, procuramos obter um contingente satisfatório de entrevistas para alcançar o intento da pesquisa, por se tratar de um estudo de RS.

Em conformidade com a Resolução nº196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, foram garantidos o sigilo e anonimato às entrevistadas (BRASIL, 2000b). Para tanto, a identificação das participantes foi representada por nomes de flores. Sua adesão foi estritamente voluntária. Com essa finalidade, solicitamos às mesmas a leitura e, no caso de aceitação, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). Mostramos, ainda, o objetivo único e exclusivamente científico da pesquisa. Com relação aos cuidados éticos de pesquisa, foi enviado ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de

Janeiro uma solicitação de parecer para autorização do início do procedimento de coleta de dados (Protocolo nº 043/ 05 Anexo A).

A análise de dados seguiu algumas etapas. Inicialmente, transcrevemos as fitas magnéticas com as falas da ALI e das entrevistas. O tratamento dos dados referentes à entrevista foi efetuado a partir de um *software* de análise quali-quantitativa de dados textuais denominado Alceste (REINERT, 1990), que permitiu organizar o material verbal contido nas entrevistas.

Cada entrevista foi constituída de um corpus semântico, que foi o material original sobre o qual o programa Alceste iniciou a análise de dados. O programa processou um conjunto de análises denominadas de "análise hierárquica descendente" que resultou na formação de classes. Essas são compostas de palavras e vários segmentos de texto denominadas Unidades de Contexto Elementar (U.C.E.) classificadas segundo a distribuição de vocabulários (QUEIROZ, 2003).

Destaca-se que as entrevistas foram adicionadas ao programa uma única vez, obtendo-se um aproveitamento de 84% do material, apresentado em quatro classes para análise dos dados. A cada classe atribuí um nome conforme quadro 2 abaixo:

Quadro 2: Denominação das classes do programa Alceste

CLASSES	DENOMINAÇÃO
Classe 1	O nascimento
Classe 2	Leite do peito é o melhor
Classe 3	Vivência da amamentação
Classe 4	Outros alimentos: uma necessidade

O programa trabalha com um arquivo-texto, denominado de Unidade de Contexto Inicial (U.C.I.), que constitui o corpo do material a ser analisado. Este pode ser um conjunto

de entrevistas, artigos, cartas, documentos, atas ou outros. O texto a ser analisado foi digitado no programa *Word*, utilizando fonte *Courier*, tamanho 10, com espaçamento simples e com um mínimo de 1000 linhas de 70 caracteres cada uma, contido em um único arquivo em formato de texto.

Desse modo, o programa analisou 30 u.c.i., que foram separadas pelo que se denomina linha de comando. Esta linha, segundo Teixeira (1999), tem o objetivo de separar as unidades de contextos naturais (respostas dos sujeitos às perguntas da entrevista), das palavras com asterisco que consistiam em variáveis descritivas das entrevistadas. Esta deve estar sempre presente no início de cada entrevistas, composta por número de identificação do depoente e as variáveis mais importantes para o delineamento da pesquisa (THIENGO, 2000)

Após o preparo de todo o "corpus" e da classificação por variáveis, o *software* dividiu o material em UCEs que são segmentos do texto, de 3 a 6 linhas, dimensionadas pelo programa conforme o tamanho do "corpus", respeitando a pontuação e a ordem de aparição no texto.

As variáveis apontadas neste estudo foram: idade da mulher, nível de escolaridade, trabalho, apoio familiar, idade do filho, número de gestação, AME em dias do último filho e por último, o estado conjugal (viver ou não com o companheiro). Essas características foram assim classificadas, conforme o Quadro 3:

Quadro 3: Classificação das variáveis

VARIÁVEIS	NÚMERO	
Idade da Mãe (anos)	01 - 17-21 a 02 - 22-26 a 03 - 27-31 a	04 - 32-36 a 05 - 37-41 a 06 - 42-45 a
Nível de Escolaridade	a- Fundamental incompleto b- Fundamental completo c- Médio incompleto	d- Médio completo e- Superior incompleto f- Superior completo
Trabalho	1- Trabalha fora	2- Não trabalha fora
Apoio Familiar	a- Sim	b- Não
Idade do Filho (dias)	01- 0-30 d 02- 31-60d 03- 61-90 d	04- 91-120d 05- 121-150 d 06- 151-180d
Número de Gestação	a- Primípara b- Secundípara	c- Tercidípara d- Multípara
AME do Filho Atual (dias)	1- 0-30 d 2- 31-60 d 3- 61-90 d	4- 91-120 d 5- 121-150 d 6 - 151-180 d
Vive com o Companheiro	a- Sim	b- Não

O programa, segundo Camargo (1998), executa quatro etapas no processo de análise:

* Leitura do texto e cálculo dos dicionários: o programa prepara o "corpus", reconhece as UCIs. e separa as UCEs. Faz também uma primeira segmentação, agrupa as ocorrências das palavras em função de suas raízes e procede ao cálculo da frequência das formas reduzidas das palavras (não se trabalha com palavras, mas com os radicais das mesmas).

* Cálculo da matriz de dados e classificação das UCEs, que corresponde à divisão das UCEs em função dos respectivos vocabulários, sendo o conjunto delas repartido em função da frequência das formas reduzidas. Posteriormente, aplica-se o método da classificação hierárquica

descendente e obtém-se uma classificação das UCEs. A partir daí, o programa oferece um dendrograma que apresenta uma distribuição das classes, a qual será apresentada posteriormente no capítulo de análise.

* Descrição das classes e das UCEs escolhidas: fornece os resultados mais importantes, permitindo a descrição das classes pelos vocabulários característicos e suas variáveis.

* Cálculos complementares: com base nas classes escolhidas, o programa fornece as UCEs mais características, permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada classe.

Para Camargo (1998), ao aplicar o Alceste nos estudos da RS, essas classes podem ser consideradas como indicadores de diferentes noções de RS, ou como campos de imagens sobre um determinado objeto, o que segundo Queiroz (2002) determinará os conteúdos e a relação deles com os objetivos da investigação. Sá (2004) afirma que o Alceste distingue palavras-instrumentos de palavras analisáveis. As analisáveis são aquelas que expressam o conteúdo das RS do estudo.

De acordo com Bardin (1977), a análise informatizada deve considerar, pelo menos, dois aspectos básicos: a frequência com que determinados temas emergem e quais as características que estão associadas a esses temas.

Quanto à análise da ALI, posteriormente à transcrição das evocações, procuramos identificar ligações das palavras induzidas entre si agrupando-as e assim apontando as categorias, quer por semelhança, diferença ou relação de implicações diversas com o tema representado. Segundo Nóbrega (2001), a codificação dos dados consiste em preparar os dicionários correspondentes a cada estímulo. Para cada estímulo indutor foi criado um arquivo que se

constituiu em dicionário contendo todo o repertório de respostas evocadas por toda a amostra com relação ao respectivo estímulo indutor.

Na etapa seguinte, verificou-se a frequência de cada categoria conforme preconiza Oliveira(1999). Esse procedimento permitiu obter a média de frequência das evocações por cada palavra indutora.

Uma vez organizadas as categorias, estas foram apresentadas em forma de tabelas por termo indutor e por grupo reflexivo (mulheres do grupo Ntr e Tr), para melhor visualização do leitor quanto às categorias de maiores frequências.

Em seguida, para complementar e confirmar os achados da ALI, segundo as variáveis Ntr e Tr, foi realizado um levantamento nos discursos das entrevistas verificando a presença dessas categorias nos depoimentos.

Finalmente, a análise de todo o material coletado (ALI e entrevista) ocorreu mediante a análise de conteúdo temática de Bardin (1977). Essa análise pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos do conteúdo das mensagens. Para a autora, essa análise se presta para o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências. Assim sendo, ela se adequa perfeitamente ao estudo das RS, uma vez que permite explorar as relações que os indivíduos mantêm com os objetos, pessoas e fenômenos, relações estas que remetem para as RS.

A análise temática segundo Bardin (op.cit) permite identificar eixos e categorias nas respostas obtidas com os instrumentos aplicados. As categorias foram definidas a partir de expressões verbalizadas pelas participantes do estudo na forma que foi emitida ou por uma retratação teórica ou semântica das mesmas, tendo como unidade de registro o "tema". Essa

unidade de registro é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, que pode ter um comprimento variável. A autora acrescenta ainda que podem constituir um "tema" tanto uma afirmação como uma alusão, ou seja, "o texto pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significações isoláveis" (BARDIN, 1977, p. 105).

Por fim, chegamos à compreensão de como se elaboram as RS da interrupção do AME segundo os grupos reflexivos utilizados neste estudo, a saber, mulheres que não trabalham fora e mulheres que trabalham fora.

Em continuidade, o capítulo seguinte apresentará o perfil das entrevistadas. Em seguida, a análise do programa Alceste, a análise da ALI complementada pelas entrevistas e por fim, a descrição das RS da amamentação e suas implicações no processo de interrupção precoce do AME para as mulheres que vivem essa situação.

Capítulo IV

Contextualizando os Sujeitos

IV-1 Caracterização Geral dos Grupos Pesquisados

Nesse tópico, apresentaremos o perfil dos sujeitos do estudo, descrevendo os aspectos mais relevantes da caracterização das mulheres. Foram definidos dois grupos, respectivamente designados como Ntr (mulheres que não trabalham fora), que teve o total de 15 depoentes, e Tr (mulheres que trabalham fora), com o mesmo número de depoentes.

Conforme observamos o gráfico 1, referente à faixa etária, a idade das mulheres variou entre 17 e 45 anos. Entre 17 e 21 anos, prevaleceram mulheres do grupo Ntr. Entre 22 e 31 anos, houve mulheres de ambos os grupos, enquanto que de 32 anos em diante, só houve mulheres do grupo Tr.

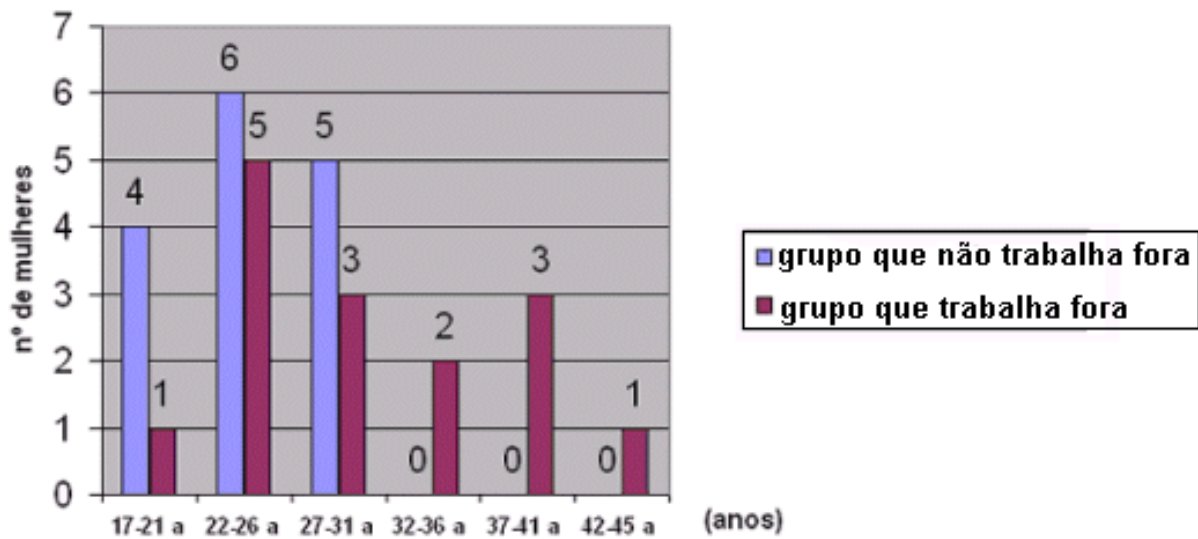


Gráfico 01: Faixa etária das mulheres entrevistadas.

Com relação à união consensual das mulheres, o grupo Ntr era composto por 8 solteiras mas morando com companheiro e por 7 casadas morando com seu marido. No grupo Tr, 4 eram solteiras com companheiro, e 8 eram casadas morando com o marido. As únicas 3 mulheres que eram solteiras sem companheiro também pertenciam a esse grupo (Gráf. 2).

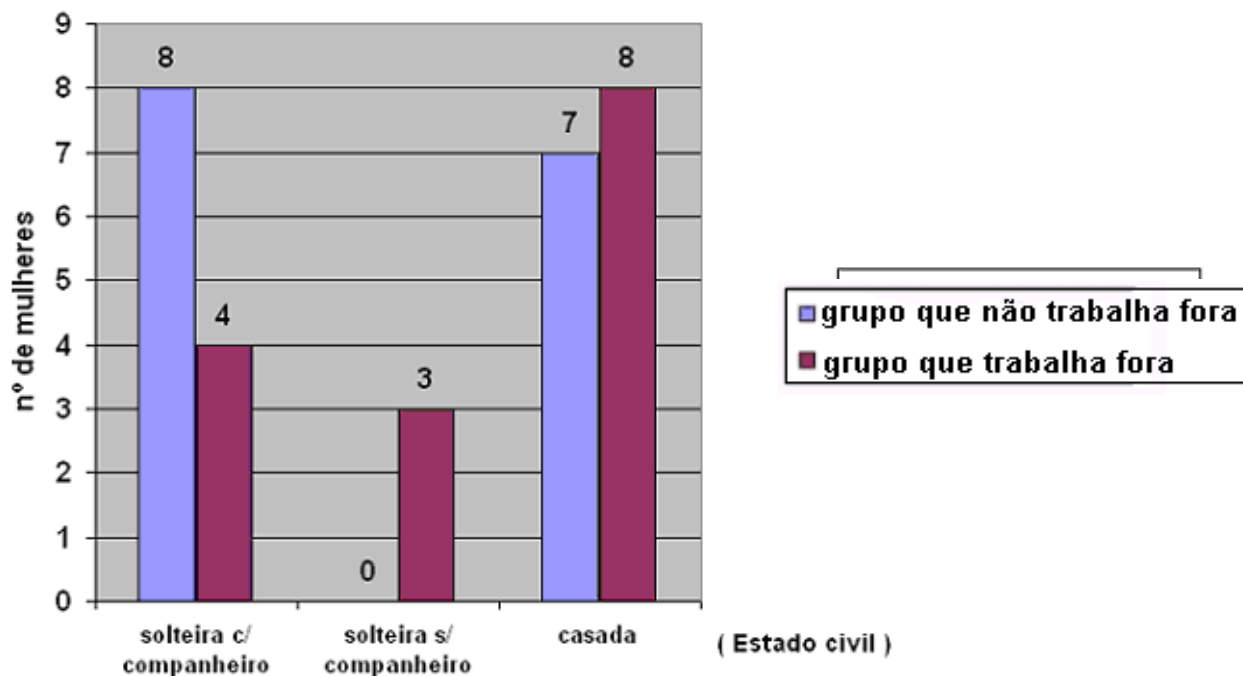


Gráfico 2: Estado civil das mulheres entrevistadas.

Analisando o gráfico 3, observamos que o grau de escolaridade, representado pelos anos completos de estudo, desde a 1ª série fundamental, foi discretamente maior no grupo Tr em relação ao grupo Ntr. Como exemplo, entre as mulheres com ensino fundamental incompleto, houve o dobro de mulheres do grupo Ntr em relação ao grupo Tr. A baixa qualificação das mulheres que trabalham em nossa amostra associa-se à sua modesta remuneração em atividades geralmente desempenhadas no comércio e serviço doméstico, sobretudo. (Gráf. 8).

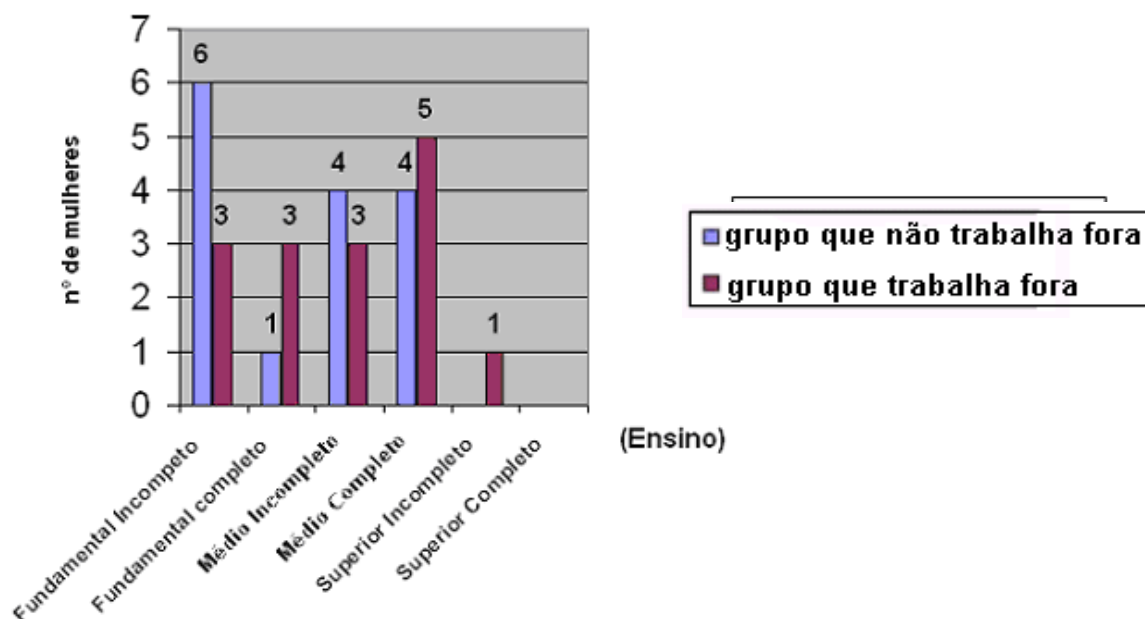


Gráfico 03: Grau de escolaridade das mulheres entrevistadas.

No que concerne ao credo, a religião católica foi predominante tanto no grupo Ntr (9 mulheres) quanto no grupo Tr (7 mulheres) (Gráf. 4).

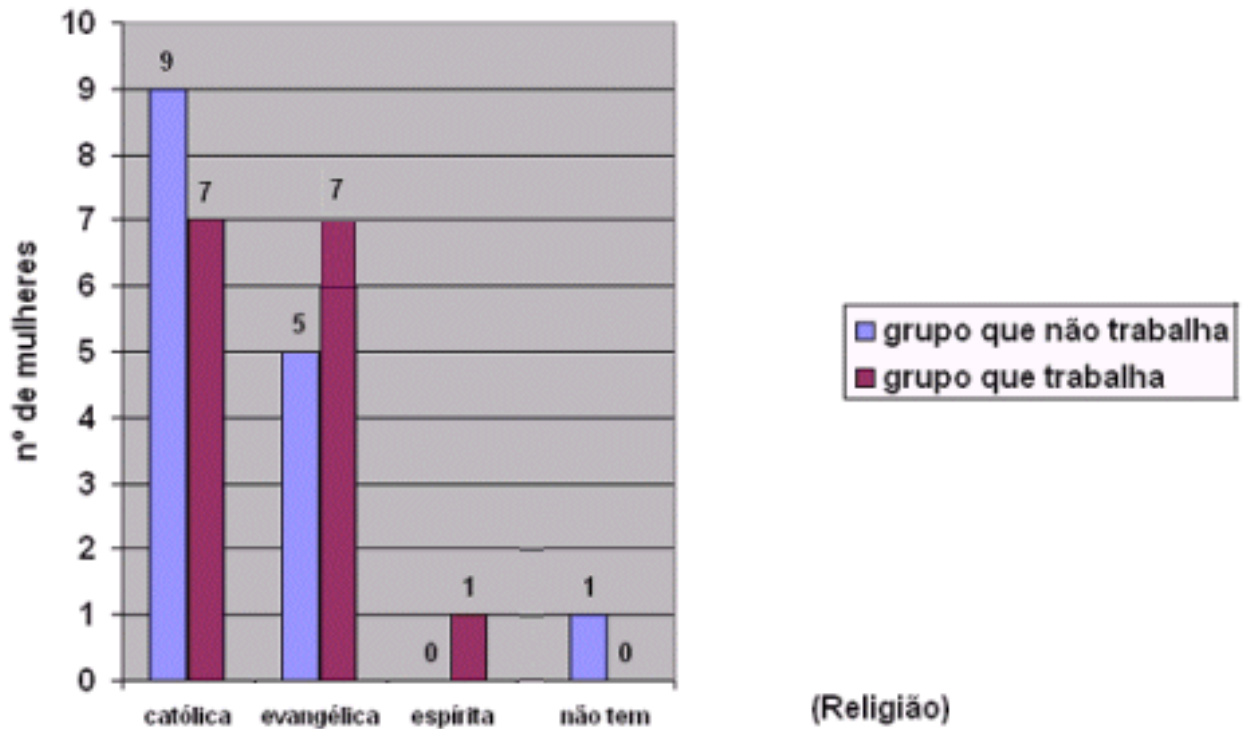


Gráfico 04: Religião das mulheres entrevistadas

Com relação à moradia, no grupo Ntr, 7 moravam em casa própria, 5 em casa alugada e 3 na casa dos pais. Proporções semelhantes foram verificadas no grupo Tr (6, 6 e 3, respectivamente) (Graf. 5).

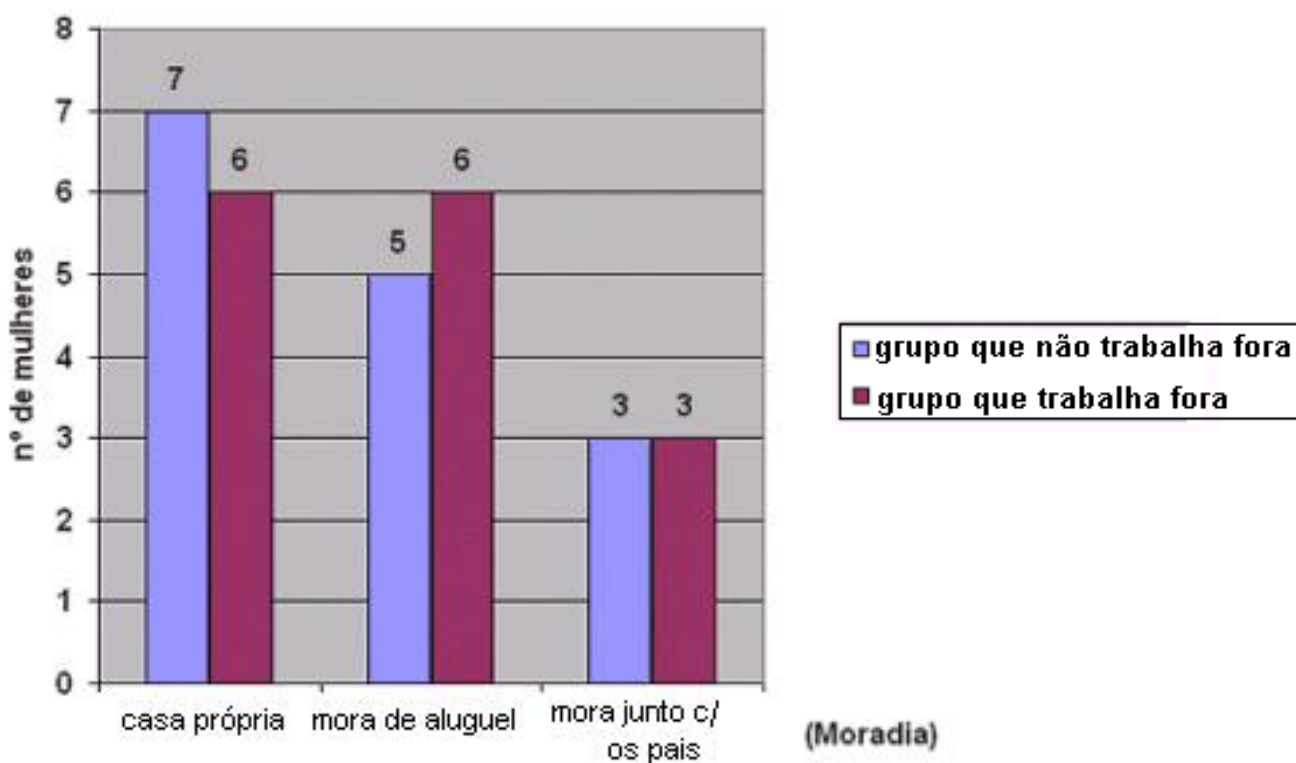


Gráfico 05: Moradia das mulheres entrevistadas.

A renda familiar per capita é calculada dividindo-se a soma das rendas de cada indivíduo que habita o domicílio pelo número de pessoas no domicílio. De acordo com Ramos (2005), o conceito de renda familiar (ou domiciliar) per capita é o mais adequado para o exame de questões relativas à distribuição do bem-estar social e à incidência de pobreza na sociedade. Para efeito de comparação, no Brasil, considera-se miserável, segundo o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas - IPEA, uma pessoa que ganha menos de 75 reais por mês, equivalente a um salário mínimo dividido por quatro pessoas, tamanho médio de uma família no Brasil. A Figura 6 mostra a distribuição de renda familiar per capita nos dois grupos. A média e a moda foram ligeiramente superiores no grupo Tr (média de 181,4 reais, moda de 151 a 200 reais) em relação ao grupo Ntr (média de 128,6 reais, moda de 51 a 100 reais), o que pode ser explicado pela renda familiar complementar da mulher que trabalha fora. (Gráf. 6 e Quadro 1).

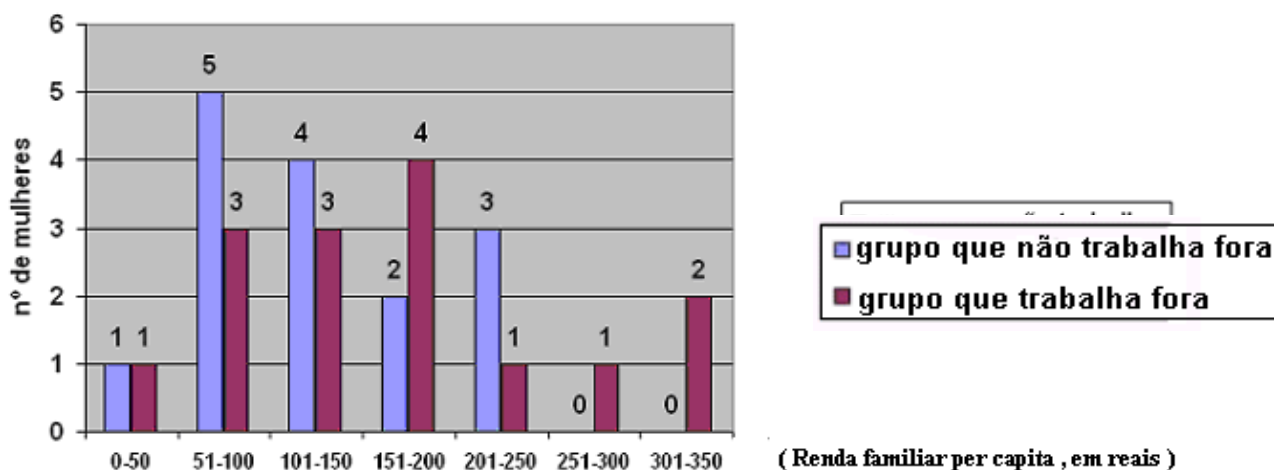


Gráfico 06: Renda familiar *per capita* das mulheres, em reais

Com relação à ocupação do grupo de 15 mulheres que trabalhavam, havia 6 comerciárias, 4 empregadas domésticas e 3 agentes de saúde. Havia também uma cozinheira e uma professora do ensino fundamental. (Gráf. 7 e 8).

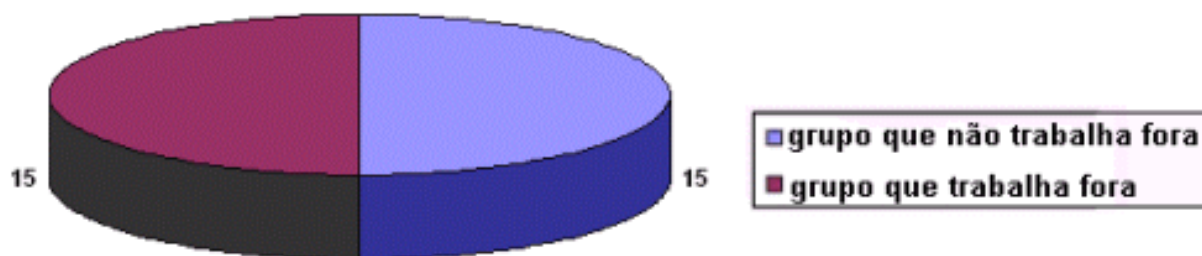


Gráfico 07: Ocupação das mulheres entrevistadas.

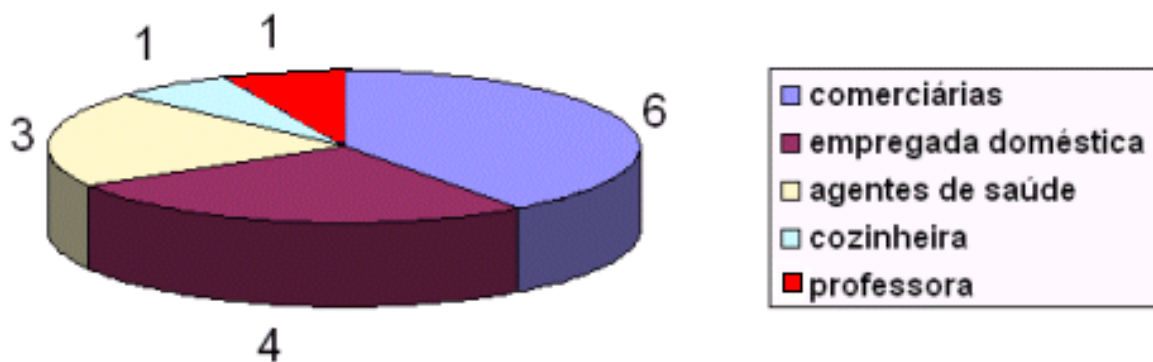


Gráfico 08: Distribuição das mulheres por ocupação atual

Os hábitos de lazer mais citados no grupo Ntr foram assistir TV e ler revistas, enquanto que no grupo Tr foram assistir TV e ler jornais (Gráf. 9).

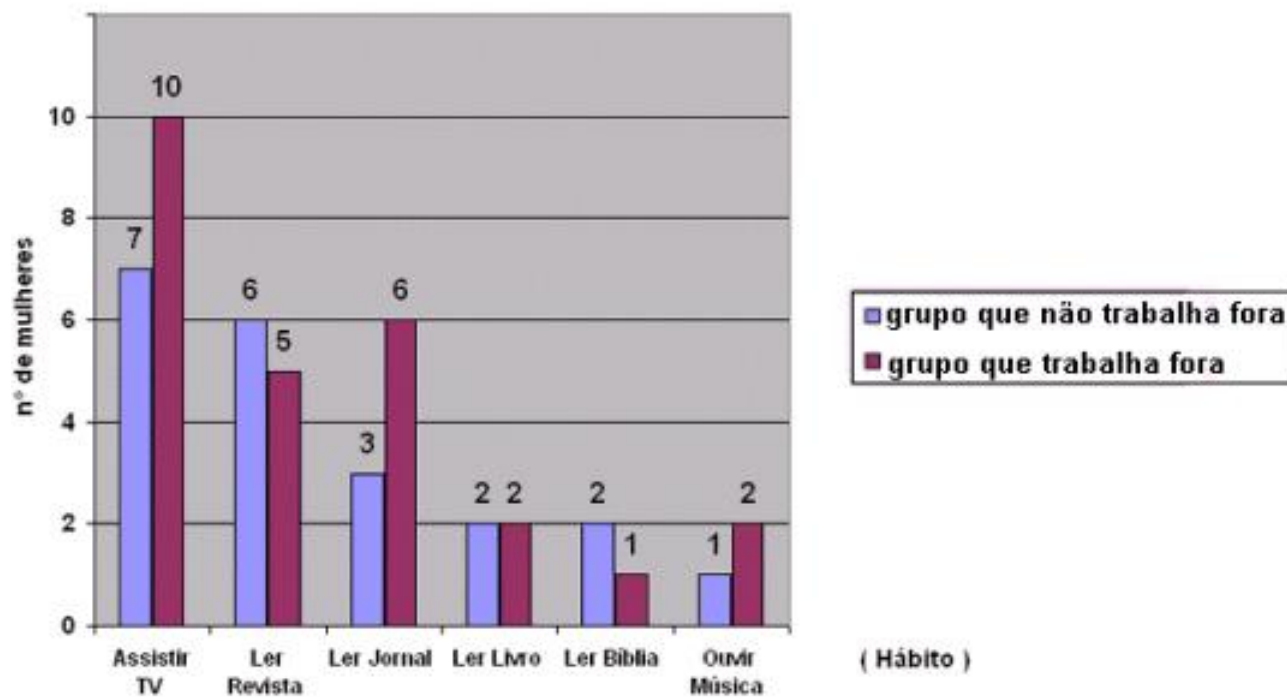


Gráfico 09: Hábitos de lazer das mulheres entrevistadas.

Com relação à história obstétrica, no grupo Ntr, houve um predomínio de secundíparas e tercidíparas, e, no grupo Tr, um predomínio de secundíparas (Gráf.10). Apenas cinco mulheres relataram antecedente de abortamento (todos espontâneos), sendo 2 no grupo Ntr e 3 no grupo Tr.

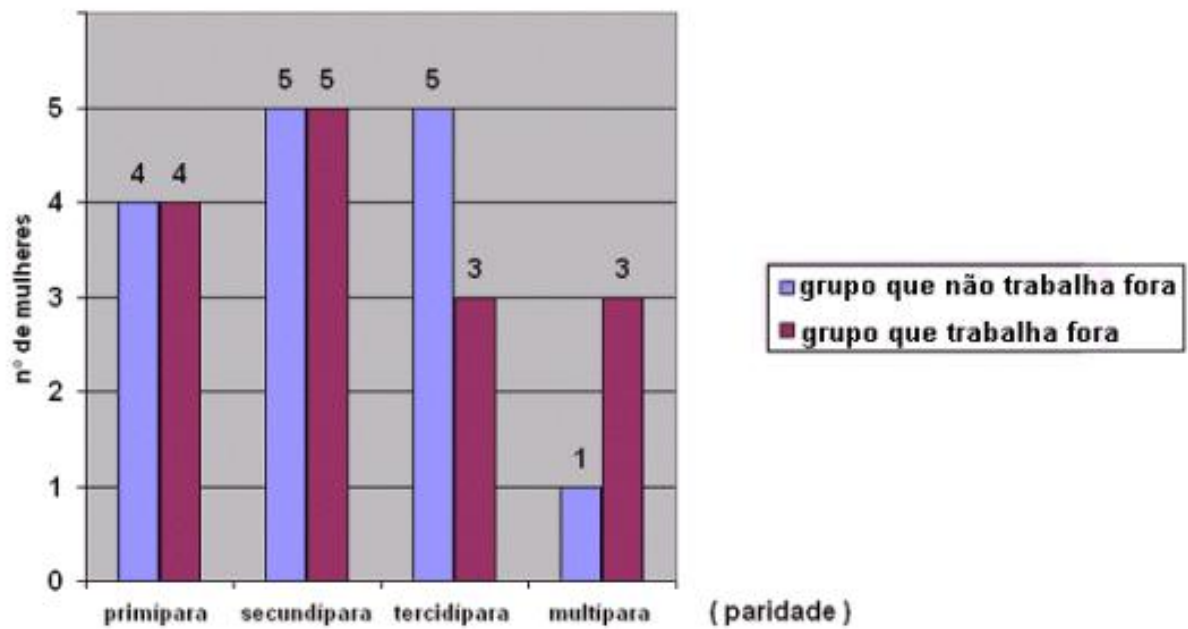


Gráfico 10: Número de paridade das mulheres

Com relação ao tipo de nascimento do último parto, tivemos um predomínio do parto cesáreo em ambos os grupos (9/15, ou 60%) (Gráf. 11).

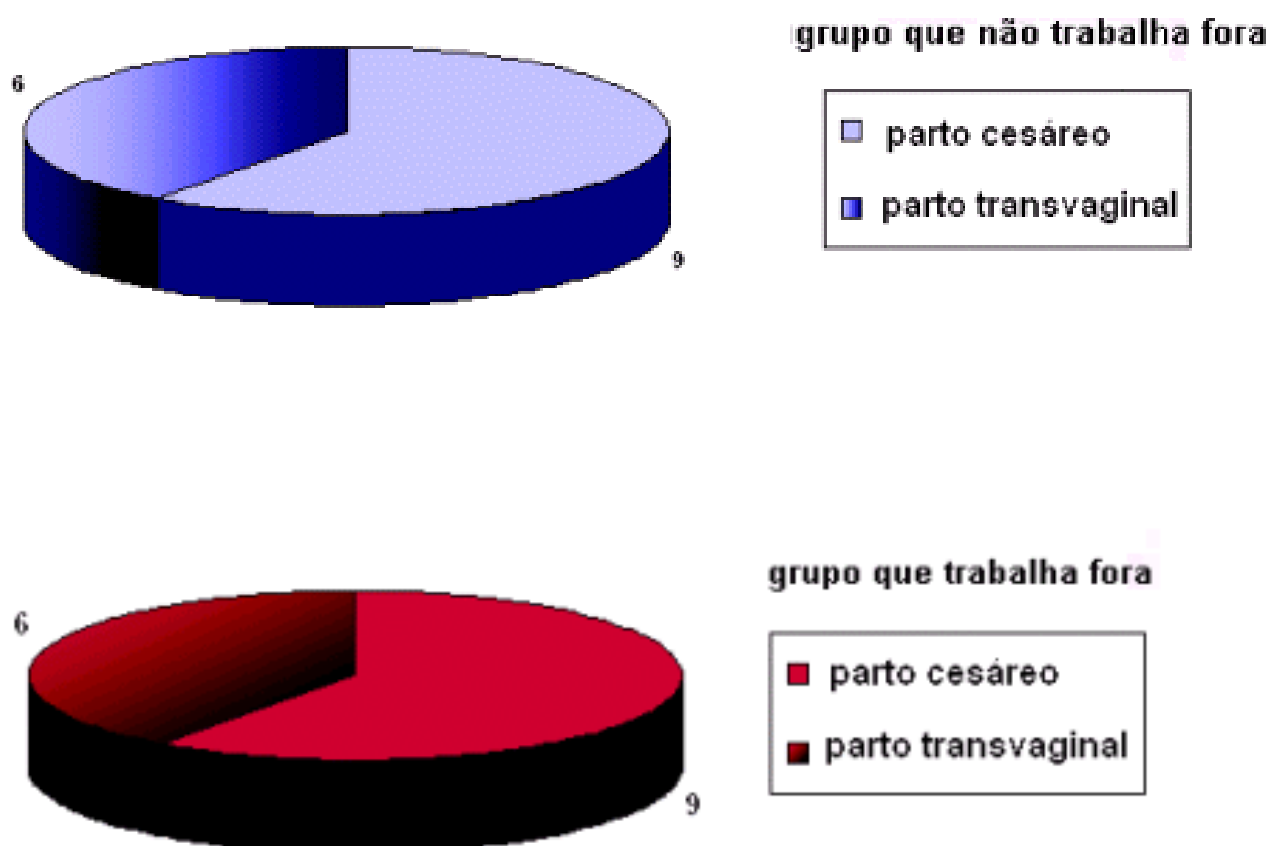


Gráfico 11: Via de parto do filho atual

Em relação ao gráfico 12, podemos observar que houve predomínio de gravidezes não planejadas em ambos os grupos (grupo Ntr 10/15, grupo Tr 11/15).

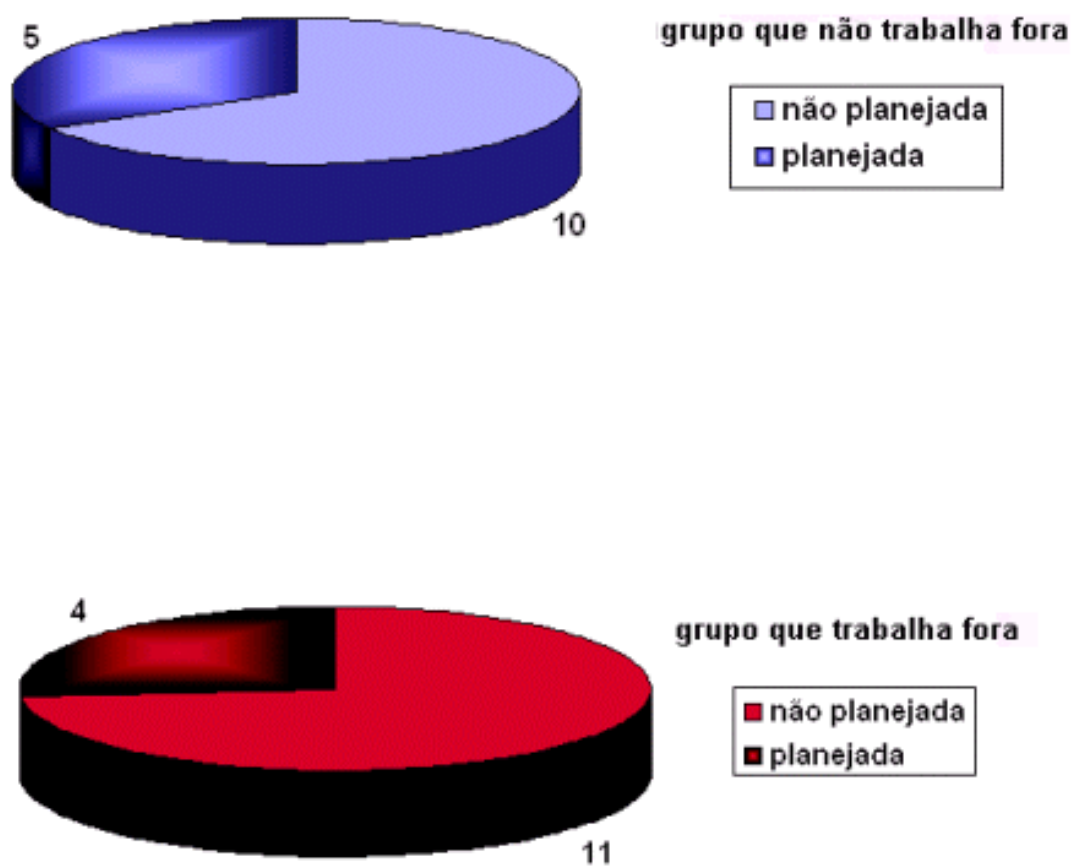


Gráfico 12: Planejamento de gravidez das mulheres

Com relação ao hospital em que ocorreram os partos, a quase totalidade dos mesmos, em ambos os grupos (14 no grupo Ntr e 13 no grupo Tr), aconteceu em um único hospital público da cidade de Resende, conforme podemos observar no Gráfico13.

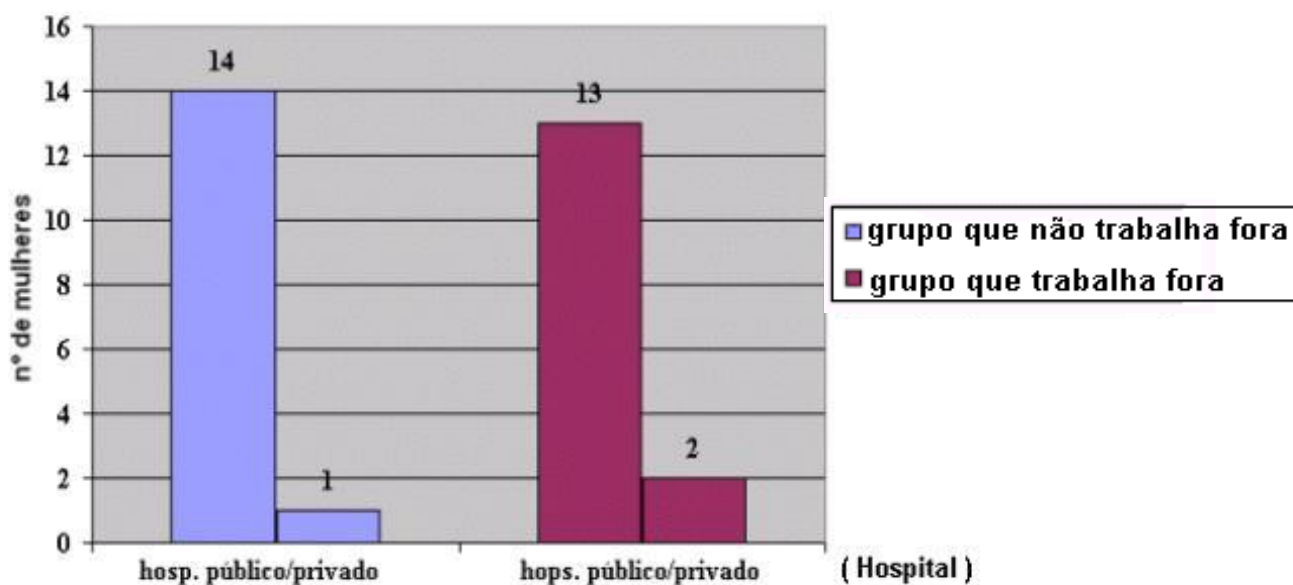
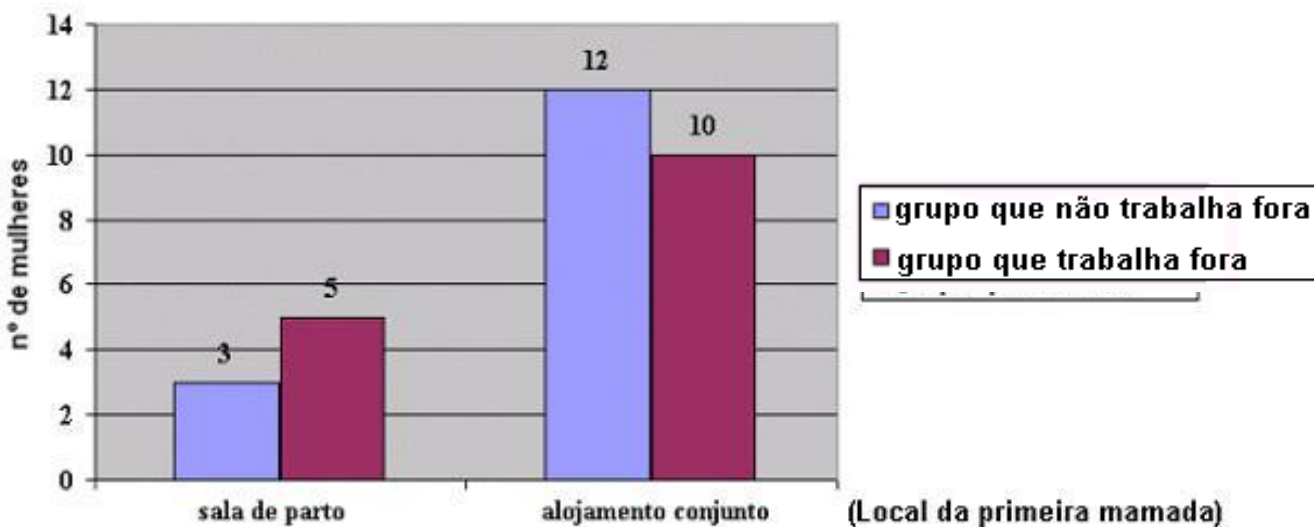


Gráfico 13: Hospital em que ocorreram os partos.

Com relação ao local da primeira mamada, observa-se no Gráf.14 o predomínio, em ambos os grupos, da ocorrência desta no alojamento conjunto (12 para o grupo Ntr e 10 para o grupo Tr) e, em um percentual inferior de casos, da primeira mamada ocorrida na sala de parto (3 para o grupo Ntr e 5 para o grupo Tr). A ocorrência da primeira mamada no alojamento conjunto contraria as recomendações do quarto passo da Declaração Conjunta da OMS/UNICEF (1989), o qual preconiza ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento. Vale ressaltar que apenas 2 crianças apresentaram necessidade de oxigenoterapia, fato que sabidamente impede a primeira mamada na sala de parto.



O gráfico 15 mostra a idade do filho no momento da entrevista. Em ambos os grupos, Ntr e Tr, a idade predominante foi de entre 121 e 150 dias (9 filhos e 7 filhos, respectivamente).

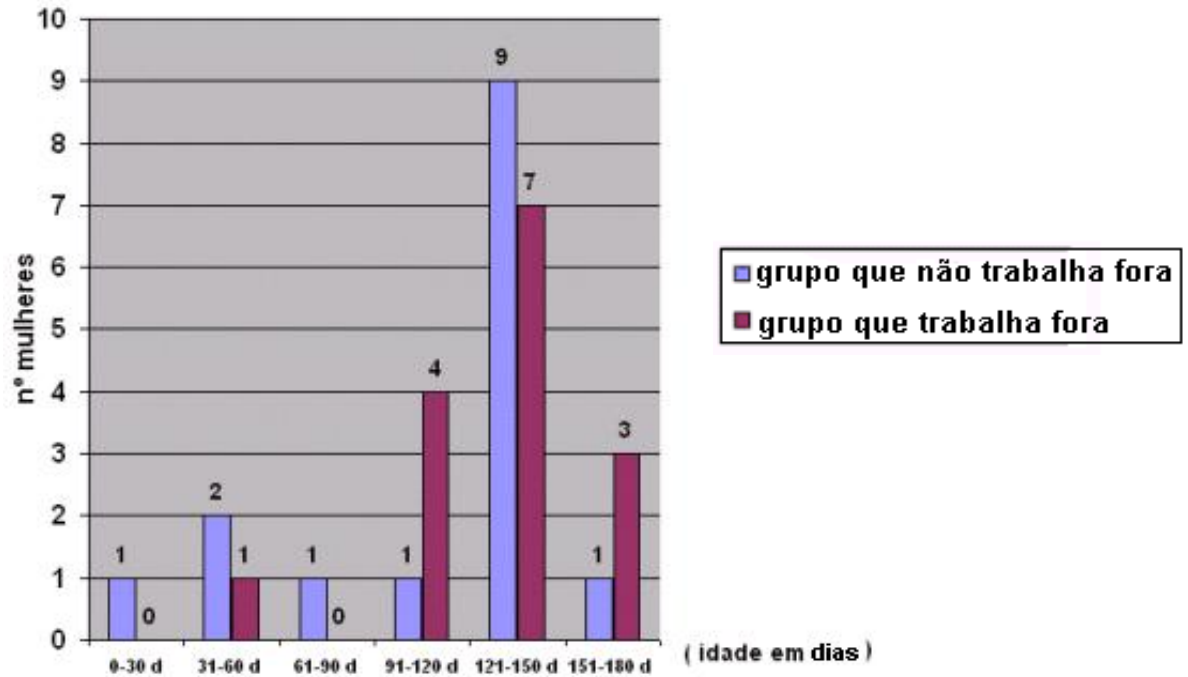


Gráfico 15: Idade do filho no momento da entrevista

A curva de abandono de AME mostra uma interrupção deste mais precoce no grupo Ntr (Gráf.16). Aos 3 meses, por exemplo, enquanto que no grupo Ntr apenas 40% das mães ainda

realizavam AME, no grupo Tr 80% das mães aleitavam exclusivamente ao peito. A idade média de término do AME nos grupos foi de 2,5 meses no grupo Ntr e de 3,3 meses no grupo Tr (vide Quadro 1, abaixo).

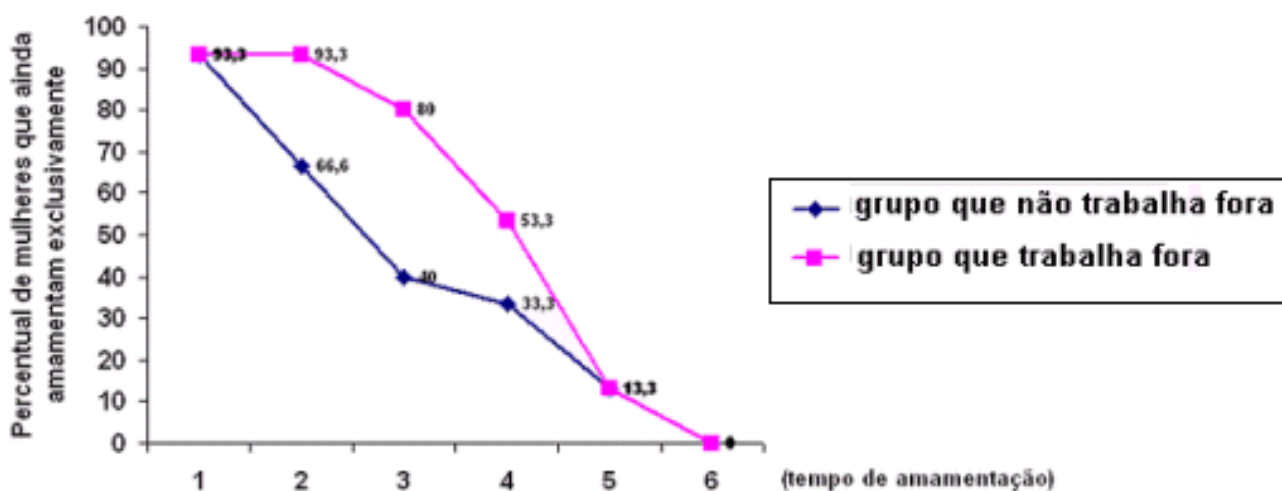


Gráfico 16: Curva de abandono do aleitamento materno exclusivo

Para melhor visualização das diferenças dos dois grupos estudados, apresentamos um quadro demonstrativo das principais características das participantes do estudo. Como se pode

observar, a idade média foi menor no grupo Ntr em relação ao Tr (24,5 versus 30,4 anos, respectivamente). Todas as mulheres do grupo Ntr e a maioria (80%) das mulheres do grupo Tr moravam com companheiro. O grau médio de escolaridade diferiu pouco entre as mulheres (8,3 versus 8,8, respectivamente), enquanto que a renda familiar *per capita* média foi quase 50% superior no grupo Tr em relação ao Ntr (Ntr de 128,6 reais; Tr de 181,4 reais). O percentual de parto cesáreo foi de 60% em ambos os grupos. Como dito anteriormente, a idade média de término do AME foi menor no grupo Ntr em relação ao grupo Tr (2,5 meses versus 3,3 meses, respectivamente).

Quadro 1: Características das participantes do estudo

	Mulheres que não trabalham fora Ntr (n=15)	Mulheres que trabalham fora Tr (n=15)
Idade média (anos)*	24,5 ± 4,3	30,4 ± 7,3
Moram com companheiro (%)	100%	80%
Escolaridade (anos)*	8,3 ± 2,3	8,8 ± 3,1
Renda familiar <i>per capita</i> , em reais	128,6 ± 64,5	181,4 ±
Via de parto cesárea (%)	60%	60%
Idade de término de AME (meses completos)*	2,5 ± 1,6	3,3 ± 1,3

*média ± desvio-padrão

Capítulo V

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo, será realizada a análise dos dados por meio do programa informatizado ALCESTE e em seguida a análise dos resultados da técnica de associação livre de idéias (ALI) complementada pelas falas das entrevistas. Spink (1995) aborda que o uso de múltiplos métodos e de comparação intermétodos suscita interessantes reflexões sobre a poliformia (diversas formas) intrínsecas das RS. Na poliformia, entendida como as variáveis formas que assumem as representações, podem emergir representações arcaicas¹⁰ e representações novas¹¹

V-1 Discussão de Resultados do Programa Alceste

Neste tópico, serão apresentados os dados obtidos através do programa informatizado ALCESTE. Verifica-se que o corpus continha 30 unidades de contexto inicial (u.c.i.) ou entrevistas. O software dividiu o corpus em 1675 unidades de contexto elementar (u.c.e.), que continham 3325 palavras, formas ou vocábulos. Após a redução dos vocábulos às suas raízes, foram obtidas 1068 palavras analisáveis que ocorreram 34.420 vezes e palavras instrumentos, num total de 99. Das 1675 u.c.e. foram selecionadas 1406 (u.c.e.), correspondentes a 83.94% do material, descartando-se, assim, 16,06% restantes das u.c.e.

O programa apontou quatro classes discursivas às quais foram atribuídas as seguintes denominações, conforme o quadro 1 :

¹⁰Representações arcaicas segundo Spink (1995), significam resíduos do acervo cumulativo das produções culturais inscritas no imaginário social.

¹¹Representações novas é o produto de encontros cotidianos com a ciência que circula através do meio de comunicação. (Spink, 1995)

Quadro 01: As classes do ALCESTE e suas denominações

CLASSES	DENOMINAÇÃO
Classe 01	O nascimento
Classe 02	Leite do peito é o melhor
Classe 03	Vivência da amamentação
Classe 04	Outros alimentos: uma necessidade

O programa efetuou duas Classificações Hierárquicas Descendentes, mudando o tamanho das u.c.e., para certificar a estabilidade das classificações. Este resultado encontra-se em anexo, no relatório do ALCESTE (Anexo B). O que reproduzimos a seguir é o dendrograma obtido.

Classification Descendante Hiérarchique...

Dendrogramme des classes stables (a partir de B3_rcdh1) :

```

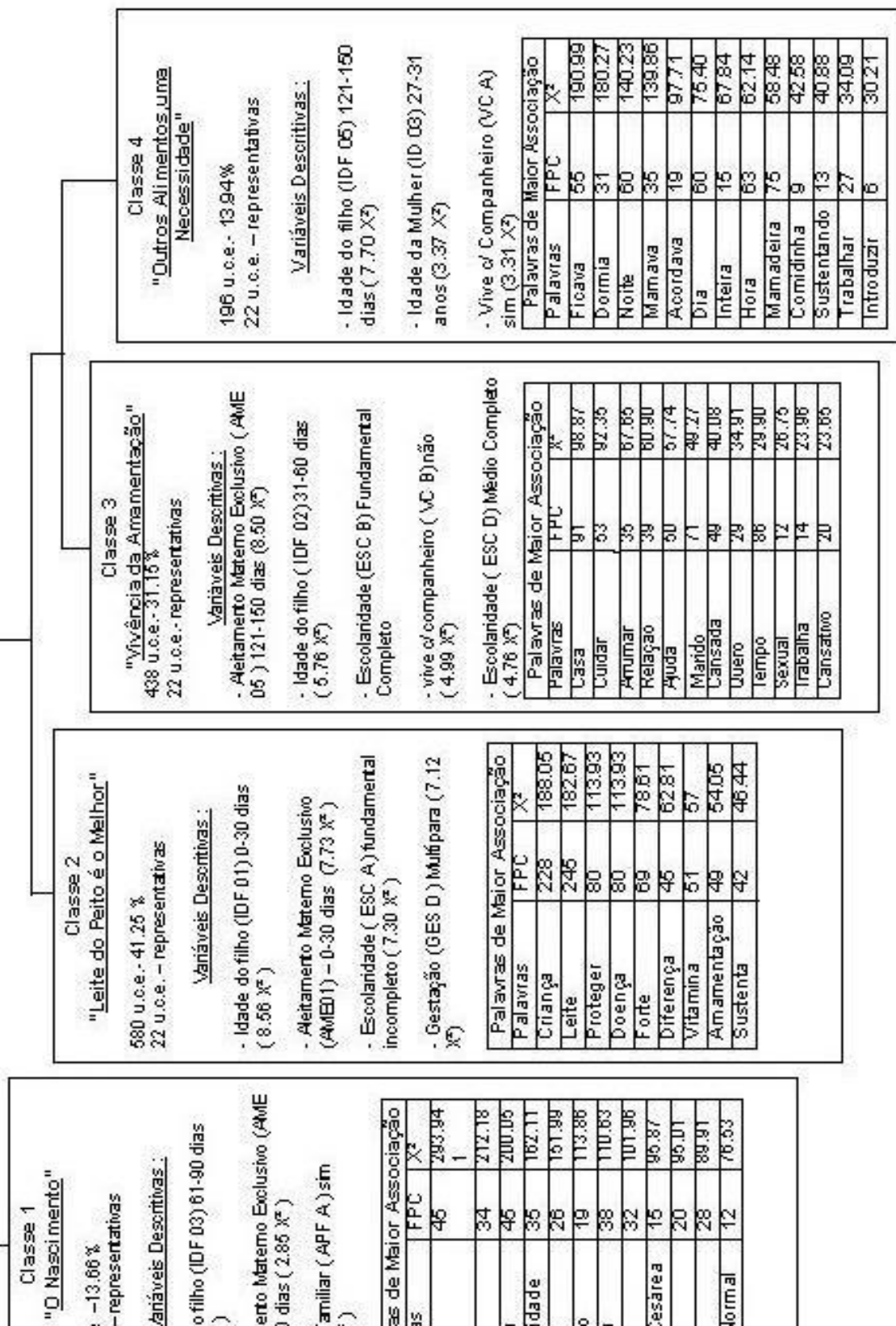
          ----|----|----|----|----|----|----|----|----|
Cl. 1 ( 192uce) |-----+
              19 |
Cl. 2 ( 580uce) |-----+ |
              18 |-----+
Cl. 3 ( 438uce) |-----+ |
              17 |-----+
Cl. 4 ( 196uce) |-----+

```

No esquema a seguir pode-se verificar o dendrograma proveniente da análise do ALCESTE. O dendrograma está apresentado de forma mais detalhada no esquema a seguir com o título de cada classe, assim como as palavras de maior associação com a mesma, em função do coeficiente obtido na prova de associação χ^2 (Qui-Quadrado)

Dendrograma

Dendrograma : Distribuição das Classes na Representação das Mulheres que Interromperam o Aleitamento Materno Exclusivo



Conforme o dendrograma, houve uma primeira repartição do corpus em dois grupos: o primeiro grupo deu origem à classe 1, que se distancia de todas as demais. Em seguida o segundo grupo sofre nova divisão, originando a classe 2 e o restante do material sofre nova repartição que dá origem às classes 3 e 4, que são as que mais se aproximam. Para melhor entendimento da análise resultante do tratamento proporcionado pelo software, cada classe passa a ser descrita em separado. As descrições pormenorizadas de cada classe encontram-se no relatório ALCESTE (Anexo 2).

CLASSE 1 - O Nascimento

A esta classe, composta por 192 u.c.e. (13,66%) correspondem 182 palavras características, selecionadas pelo programa. No quadro 2, são apresentadas as palavras mais significativas desta classe, com as respectivas Freqüências das Palavras nesta classe (FPC)¹, Freqüência das Palavras no total (FPT)², os Percentuais de Relação (PR)³ e χ^2 .

¹ FPC- Freqüência das Palavras nesta Classe- são calculadas as freqüências das palavras dentro da própria classe.

² FPT- Freqüência das Palavras no Total- são calculadas as freqüências das palavras dentro da desta classe no conjunto do texto.

³ PR- Percentuais da Relação- é calculada a percentagem das frequências das palavras na classe em relação às palavras no total.

Quadro 2 : Palavras mais Significativas da Classe 1

(Palavras selecionadas e ordenadas pelo valor decrescente de χ^2)

PALAVRAS	FPC	FPT	PR	χ^2
Parto	45	45	100	293.941
Sala	34	35	97.14	212.18
Nasceu	45	60	75	200.05
Maternidade	35	45	77.78	162.11
Quarto	26	28	92.86	151.99
Pressão	19	20	95	113.86
Mamou	38	67	56.72	110.63
Sentir	32	53	60.38	101.96
Parto cesárea	15	15	100	95.87
Gostei	20	25	80	95.01
Dor	28	46	60.87	89.91
Parto normal	12	12	100	76.53
Medo	27	49	55.10	73.96

Esta classe não apresentou ligações significativas com as variáveis, tendo apenas a variável idade do filho atual com χ^2 4,13 que corresponde à faixa etária do filho de 61 a 90 dias e AME com χ^2 2,85 que corresponde a 91 a 120 dias.

Em função do número de u.c.e. que compõem essa classe (192), ela foi considerada a menos importante no grupo de mulheres entrevistadas. Verificando-se as palavras de maior frequência dessa classe como parto, sala, nasceu, maternidade e quarto e os conteúdos das u.c.e., é possível caracterizá-la como sendo uma classe que descreve o nascimento do filho.

A maior parte dos conteúdos dessa classe agrupou-se ao redor da vivência do nascimento do filho e das várias facetas que envolvem esse momento, tais como: sentimentos no momento do parto, o parto em si, medo na hora do nascimento, apoio familiar e a vivência de amamentar na sala de parto ou no alojamento conjunto, ou seja, a vivência da primeira mamada.

Nessa classe, as entrevistadas apontaram a condição de sentirem-se preparadas emocionalmente para o nascimento oscilando entre estarem calmas, tranqüilas ou com medo e nervosismo na hora do parto. Vejamos algumas u.c.e:

Fiquei com medo, nervosa, ansiosa, mas graças a Deus correu tudo bem.

Eu fiquei tranqüila porque esse é o terceiro, não fiquei nervosa.

Eu fiquei nervosa com medo da anestesia, medo de um monte de coisa.

Eu fiquei muito nervosa, com muito medo de morrer e também de acontecer alguma coisa com meu filho.

Szejer (1997) aborda que a forma de como uma mulher vai dar à luz é bastante imprevisível, pois os sentimentos expressados nesse momento dependerão das características individuais de cada parturiente. Neste momento, ocorre um fenômeno peculiar que pode ser observado em muitas situações extremas da vida. São situações em que a vida e a morte estão em jogo. A mesma autora descreve como fenômeno a coragem e o medo, sendo estas duas versões do mesmo comportamento tão irracionais quanto imprevisíveis: o primeiro socialmente valorizado e o segundo desprezado. Na hora do parto, produz-se um fenômeno da mesma ordem. Confrontada com a experiência arcaica que consiste em dar a vida e que, a despeito das estratégias utilizadas para mantê-las sob controle, vai sempre além da imaginação, a mulher social desaparece e, em seu lugar, surge a mulher arcaica que ela mesma desconhece e que a transcende. Todos esses comportamentos estão ligados à história peculiar de cada uma, que tanto suscita repetições como progressos, conforme a estrutura de cada uma e o que lhe permite o contexto deste nascimento.

De certa maneira, esta classe mostra como se produz a incorporação da linguagem legitimada, fazendo com que a mesma se transforme em mecanismo para dar sentido e resposta a sentimentos gerados pelo novo - o nascimento. As mulheres ancoram este momento novo e

desconhecido naquilo que é construído socialmente, ou seja, o momento do parto é algo doloroso e difícil de ser vivido. Evidencia-se, no dizer das entrevistadas, que a conotação destes sentimentos ainda se encontra arraigada na cultura de que a hora do parto é um momento gerador de sentimentos que oscilam conforme descrito acima. Segundo Moscovici (1978), ancorar é o processo de trazer as representações às categorias e imagens diárias, ligando-as a um ponto de referência reconhecível. Permite-se que algo desconhecido e inquietante que incita nossa curiosidade seja incorporado à nossa própria rede de categorias, o que possibilita a sua compreensão e comparação com o que se considera um membro típico dessa categoria. Sabemos que lidar com o desconhecido requer superar limites e impotências que, segundo Soares (1998, p.94), "remetem à finitude e ao reconhecimento da incompletude própria da condição humana que, numa perspectiva dinâmica, proporciona uma busca", a qual, nesse caso, está associada aos sentimentos abordados. O medo do desconhecido, do que está por vir, encontra-se muito latente na vida dessas mulheres que estão na iminência de dar à luz..

O medo de sentir dor na hora do parto está diretamente relacionado com os sentimentos gerados pelo novo e o desconhecido, conforme abordado acima. Na u.c.e. abaixo é apresentada essa elucidação:

Ela nasceu rápido. Eu fiquei com medo porque ela nasceu de parto cesárea e eu achei que ia doer, sentir dor. Fiquei com muito medo porque nunca fiz parto cesárea.

Sabemos que a dor, como a doença, não é apenas manifestação universal de processos orgânicos, mas construção simbólica que varia conforme os contextos socioculturais e a própria subjetividade do indivíduo, conforme sugere Le Breton (1995). Se não é possível separar aspectos culturais da dor dos aspectos orgânicos, também não se pode falar em uma mensuração universal da dor. Szejer (1997) comenta que, durante as horas que precedem o parto, a

parturiente vive a aproximação da dor de formas diferentes e que a sensibilidade à dor está ligada à emoção. A dor não seria um fato objetivo, mas uma forma de emoção. Assim, as pessoas de temperamento mais emotivo estariam mais expostas à dor do que outras. Quando a dor aparece, a história de cada uma nesse terreno entra em jogo. Enfim, para muitas mulheres, a dor é, por excelência, a prova que simboliza o parto. Para elas, ser capaz de suportá-las é quase sinônimo de dar à luz.

E exatamente por essa vivência do inesperado e do desconhecido que se percebe nas u.c.e. que as mulheres geralmente buscam ir para a maternidade com um acompanhante que lhes passa confiança, seja o companheiro, a mãe ou a irmã, como se pode verificar nestas u.c.e.:

Fui para a maternidade com meu esposo, ele ficou comigo até a hora que estava próximo de nascer.

Ele nasceu de parto normal, foi tranquilo, graças a Deus, fui para a maternidade com a minha mãe, minha mãe ficou comigo.

Eu não me senti sozinha porque minha irmã estava o tempo todo comigo, não fiquei insegura, com medo, fiquei tranqüilinha.

É importante destacar que a parturiente precisa de apoio emocional na hora do parto. A mulher se sente amparada e protegida quando há alguém ao seu lado dando-lhe apoio. Alguém para ajudá-la a suportar todo o desgaste do parto, principalmente durante as contrações, que podem ser bastante dolorosas. Alguém de sua confiança para lhe dizer que todo aquele processo tem começo, meio e fim. Wolff (2004) corrobora que a presença do marido junto à mulher traz tranqüilidade e coragem, além de incentivo com palavras de carinho e estímulo. O MS (2001)

refere que a atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar.

Percebemos em algumas u.c.e. que as entrevistadas relatam que o acompanhante apesar de estar presente na maternidade no momento do parto, depois de um tempo, alguns se ausentam por se sentirem inseguros. Vejamos algumas u.c.e:

Ele me deixou sozinha, mas eu não me senti sozinha; eu entendi que ele estava nervoso .

Ele não assistiu o parto porque não ia agüentar, eu queria muito que ele tivesse assistido, mas ele falou que não ia agüentar.

Berry (1988) observou o comportamento de 40 pais durante o trabalho de parto de suas mulheres e o resultado foi o de que eles apenas ajudaram as parturientes nos exercícios respiratórios durante o pico de trabalho de parto. Além disso, o tempo todo tentaram disfarçar seus sentimentos por estarem estressados e emocionalmente envolvidos com a situação. Szejer (1997) sustenta que, atualmente, o homens estão cada vez mais dentro da sala de parto, porém alguns entram involuntariamente nessa tarefa. No entanto, em certos contextos, é um papel útil que, para alguns, pode estar carregado de sentido, sendo investido de modo muito positivo nessa aventura comum, que consiste em dar a vida. O direito do pai de estar presente não deve transformar-se em obrigação. Essa participação deve ser negociada pelo casal.

Já em outra u.c.e. percebe-se que além do companheiro não se sentir preparado para acompanhar a parturiente, a instituição hospitalar também contribuiu para que este direito da mulher não fosse contemplado.

Fui para a maternidade com meu marido, só não pôde entrar na sala de cirurgia porque não podia.

Minha mãe entrou junto na sala de parto e depois não pôde ficar mais.

Algumas entrevistadas abordam que, no momento do nascimento do filho, elas vão para a sala de parto sozinhas por imposição da própria instituição hospitalar. Segundo as recomendações da OMS, uma parturiente deve ser acompanhada pelas pessoas em quem confia e com quem se sintam à vontade: seu parceiro, sua amiga, uma doula ou enfermeira-obstétrica (WHO, 1996). O acompanhante é um personagem fundamental, pois representa a segurança e o elo da mulher com a família. Nesse sentido, a ausência deste é vista como um fator de maior estresse e medo pelas mulheres.

Ainda com relação ao nascimento, algumas u.c.e. mostram referência à primeira mamada e ao local onde ocorreu a amamentação. Vejamos a seguir:

Quando ele nasceu eu só peguei para ver e logo depois foi pesar, foi para a avaliação com o pediatra . Ele não mamou na sala de parto

Ela mamou na sala de parto.

Ele não mamou na sala de parto.

As u.c.e. demonstram os locais da maternidade em que ocorreu a primeira mamada. O alojamento conjunto foi o local mais citado pelas entrevistadas. Este fato nos chama a atenção, visto que apenas em duas u.c.e. havia indicação clara do motivo pelo qual não houve aleitamento materno na sala de parto, citando-se, por exemplo, a necessidade de oxigenioterapia. Tal quadro encontra semelhança na pesquisa de Gomes (1995) no Rio de Janeiro, onde 78% das entrevistadas relataram contato visual com o recém-nascido, porém apenas uma mulher levou o filho ao seio na sala de parto. Na maior parte das vezes, o contato com o bebê foi rápido e sempre precedido e intermediado por procedimentos técnicos realizados com o recém-nascido, o que

também pôde ser observado neste estudo. Recordar-se ainda que, neste trabalho, somente três partos ocorreram em hospital da rede privada, sendo o restante (27 partos) em um único hospital da rede pública, o qual se encontra prestes a credenciar-se na IHAC.

Embora o não incentivo ao aleitamento materno na sala de parto seja fato que ainda verificamos, devido sobretudo à resistência por parte de alguns profissionais, tais práticas, de tão importantes, foram objeto de documento formulado pela WHO (1996) direcionado às práticas obstétricas. Na promoção do aleitamento materno, tal documento recomenda o apoio emocional, a presença de um acompanhante durante o trabalho e no parto, o respeito ao direito da mulher à privacidade, as massagens e técnicas de relaxamento, a prevenção da hipotermia do bebê, o contato precoce pele a pele entre mãe e filho e, por fim, o apoio para amamentação na primeira meia hora após o parto.

Klauss e Kennel (1993) têm demonstrado que mulheres que amamentam na sala de parto mantêm o aleitamento por tempo prolongado. A primeira mamada na primeira meia hora do parto favorece o contato pele a pele entre mãe e filho e a manutenção dos laços afetivos entre eles. Montagu (1998) acrescenta que é por meio do contato corporal com a mãe que a criança faz seu primeiro contato com o mundo; este contato fornece a fonte essencial de conforto, segurança, calor e crescente aptidão para experiências novas. Porém, é sabido que o sucesso do aleitamento ao seio não dependerá somente deste incentivo pré-estabelecido na maternidade. Rotenberg (1999) considera a amamentação como um processo que está ligado à cultura e aos condicionantes sociais. Segundo ela, essa prática se baseia no aprendizado, na experiência e na vivência, não podendo ser, portanto, inata e instintiva.

Em síntese, esta classe traz algumas reflexões dos sentimentos expressados pelas mulheres no momento que envolve o nascimento. Os sentimentos oscilam de acordo com as histórias,

percepções, experiências e vivências de cada mulher que se encontra na iminência de dar à luz. Além disso, são abordadas a experiência e a vivência das primeiras mamadas que na maioria das vezes, são realizadas no alojamento conjunto.

CLASSE 02 - LEITE DO PEITO É O MELHOR

A classe 2 evidenciou 580 u.c.e., que equivalem a 41.25% das u.c.e. analisadas, tornando-a a maior classe dentre as quatro. A seguir, são destacadas, no quadro abaixo, as palavras mais representativas:

Quadro 3 : Palavras mais Significativas da Classe 2

(Palavras selecionadas e ordenadas pelo valor decrescente de χ^2)

PALAVRAS	FPC	FPT	PR	χ^2
Criança	228	301	75.75	188.05
Leite	245	336	72.92	182.67
Proteger	80	82	97.56	113.93
Doença	80	82	97.56	113.93
Forte	69	77	89.61	78.61
Diferença	45	46	97.83	62.81
Vitamina	51	57	89.47	57
Amamentação	49	55	89.09	54.05
Sustenta	42	47	89.36	46.44

As variáveis com maior associação com a classe 2 foram: idade dos filhos de 0-30 dias com χ^2 8.56, aleitamento materno exclusivo até um mês de vida dos bebês com χ^2 7.73, mulheres com ensino fundamental incompleto com χ^2 7.30 e multíparas χ^2 7.12.

Pelos vocábulos mais freqüentes (criança, leite, proteger e doença) e pelas u.c.e. típicas desta classe, podemos inferir que os conteúdos se agrupam ao redor da proteção de doenças. Nesta classe, o leite materno é representado como um alimento importante porque possui vitaminas e conseqüentemente evita que as crianças fiquem doentes. Os conteúdos das u.c.e.

desta classe refletem que a criança alimentada no peito fica mais forte e mais saudável. Vejamos algumas u.c.e.:

O leite do peito evita as doenças. É muito bom. É o melhor alimento porque tem tudo que o bebê precisa. O leite do peito tem vitamina, proteína, ferro e isso tudo ajuda a proteger das doenças

Leite do peito protege das doenças, a criança fica mais forte e mais saudável. Tem todas as vitaminas.

De alguma maneira, esta classe mostra que as mães compartilham uma representação social do significado do leite humano como sendo um alimento forte, capaz de proteger de todas as doenças. As mulheres indicam claramente que o foco da amamentação está centrado na saúde da criança. Moscovici et al. (1984) comentam que o conceito de RS designa uma forma de conhecimento particular, "o saber do senso comum". Este saber aparece como um corpus de conhecimento nascido de tradições partilhadas e alimentadas pela experiência e, de um outro lado, atravessado pelas imagens mentais e por fragmentos das teorias científicas transformadas para servir à vida quotidiana. Neste sentido, a idéia disseminada na sociedade de que o leite materno evita doença é um argumento, pretensamente científico, utilizado desde o modelo higienista para convencer as mulheres amamentarem seus filhos. O modelo biologicista se faz presente até hoje e o conhecimento científico oferece respostas de amplo espectro, que vão desde as propriedades biológicas ímpares do leite humano até as questões de cunho econômico, capazes de causar impacto tanto na família quanto no Estado.

A representação do leite humano para essas mulheres encontra-se no processo saúde-doença e está na cultura; como se sabe, a cultura é insumo para as RS. Sá (2004) aborda que a saúde é a antítese da doença, revestindo-se de significados e tendo inúmeros fatores de ordem

simbólica; é, portanto, celeiro de representação social. Almeida (1999) cita que os benefícios do leite humano para a saúde da criança foram muito difundidos, por terem sido amplamente utilizados desde o início dos anos 80 em campanhas oficiais de promoção da amamentação. As vantagens oferecidas aos lactentes abrangem aspectos simultaneamente nutricionais, imunológicos, emocionais e fisiológicos. Do ponto de vista imunológico, a literatura é unânime em demonstrar a eficácia dos fatores de proteção do leite humano.

Desta forma, a elaboração da representação do leite humano como protetor de doenças é uma forma de conhecimento elaborada e partilhada. Jodelet (1989) aponta que o conteúdo das RS são produzidos e efetivados em um processo social, justificando-se, então, a defesa da idéia de construção de um pensamento social

Pode-se observar em outras u.c.e. a representação da amamentação centrada no vínculo afetivo mãe-bebê. As mulheres relatam que a prática de amamentar favorece essa proximidade.

Favorece o contato com a mãe com a criança. Neste momento, a gente passa carinho, proteção.

O leite do peito é muito bom e ajuda a passar o nosso amor de mãe para filho e eles se sentem mais seguros, mais protegidos quando estão mamando.

Bollby (1997) sustenta que o comportamento de ligação é concebido como qualquer forma de comportamento que resulta em que uma pessoa alcance ou mantenha a proximidade com algum outro indivíduo diferenciado e preferido. A formação de um vínculo é descrita como "apaixonar-se" e a manutenção de um vínculo como "amar alguém". Por esta razão, torna-se a principal figura de ligação de um bebê aquela pessoa que lhe dispensa a maior parte dos cuidados maternos. Nas u.c.e., é possível perceber que durante a amamentação ocorre o contato físico mãe-

bebê através do toque. Monteiro (1997) alega que o amor é uma resposta emocional resultante da interação dinâmica da consciência com o meio. É uma resposta a estímulos e comportamentos aprendidos ainda na primeira infância. O contato físico é essencial à vida. Quando tocamos alguém, vários estímulos são distribuídos pelo sistema nervoso para todo o corpo, o que favorece o intercâmbio de energias. Durante a mamada, se houver clima de aconchego e calma entre mãe-filho, percebe-se que o bebê faz caretas, seus olhos piscam e se contraem. Sorri satisfeito, emitindo sons de pleno prazer. O ato de mamar representa para a criança mais do que alimentar-se. Significa garantia de realização de importantes processos psicológicos e mentais.

Frente às representações do leite humano como fator protetor de doenças e estabelecimento de vínculo afetivo entre mãe-bebê, as u.c.e. abordam que o leite do peito é importante enquanto a criança é pequena, ou seja, a importância do leite é para o presente, não sendo fator relevante para o futuro da criança e do ser humano.

Para o futuro, não vejo grande diferença. Eu sei que é importante agora.

Para o futuro não tem muita importância não, tanto faz para ele. O importante é quando eles são pequenos.

As mulheres elaboram representação do que elas vêem e conhecem, ou seja, o leite humano foi representado como sendo um alimento capaz de proteger o bebê de doenças devido aos aspectos imunológicos veiculados no universo reificado. Moscovici (1978) comenta que as RS possuem um caráter socializador e que as idéias, os valores e crenças comuns são percebidos como um caso particular da atividade coletiva de um grupo social. Nas u.c.e., percebe-se a importância da amamentação para a criança enquanto esta é pequena. Esta representação pode estar associada ao fato do bebê pequeno parecer desprotegido e indefeso, daí surgindo a importância de oferecer proteção, defesa e carinho, e isso se faz, segundo essas mulheres, através

do leite materno. Glat (1993, p.48) sustenta que o bebê, para as mães, "mesmo saudável, é um bichinho tremendamente frágil que exige cuidados e proteção em tempo integral". Frente à elaboração do conhecimento da necessidade do leite humano para o presente, a amamentação não é entendida como um fator propiciador de benefícios para o futuro da criança.

Nesta classe, percebe-se também indícios de RS das entrevistadas com relação à maternidade. A representação da formação de ser uma boa mãe encontra-se fundamentada na capacidade da mulher desempenhar o seu papel de mãe, para quem a amamentação é um dever absoluto porque possibilita a boa saúde, proteção e defesa do filho.

A mulher que não amamenta não é mãe porque a mulher que tem leite e não dá não é mãe.

A mulher que não dá o peito é preguiçosa porque amamentar dá trabalho

Refletindo sobre este aspecto, as entrevistadas demonstram a imagem social bem enraizada naquilo que é ser mãe. Badinter (1985) refere que a valorização do papel materno, após 1760, impunha à mulher a obrigação de ser mãe antes de tudo e engendrava o mito que continua bem vivo até a data de hoje: o do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho.

Difundida, apregoada e interiorizada por homens e mulheres, a maternidade invariavelmente é responsável pelos traços de definição que caracterizam o feminino. Este conceito segundo Santos (2001), percorreu séculos, conserva sua supremacia até os dias atuais sendo herdeira de perspectivas filosófica essencialista, bastante resistente a mudanças. Neste sentido, Queiroz (2002) sustenta que a natureza feminina e materna é confirmada como definidora das representações do ser mulher, aparecendo como núcleo estável, enraizado e

estruturante, de difícil transformação, que talvez permaneça como elemento resistente, num processo de mudança. Desta forma, podemos compreender por que algumas mulheres se sentem cada vez mais responsáveis pelos filhos e, quando não realizam o dever que lhe foi atribuído socialmente de ser "boa mãe", consideram-se culpadas.

Nessa circunstância, as mulheres reproduzem em suas falas aquilo que aprenderam socialmente em toda a história, a realização feminina se dá na sua disposição para servir, sendo a amamentação um exemplo dessa dedicação e desse doar-se. As mulheres ancoram o ato de amamentar no exercício do amor materno. Elas consideram a amamentação como algo inato, próprio da natureza de mulher-mãe. Nakano (1996), ao estudar as RS das mulheres na perspectiva da Teoria de Gênero, observa que a amamentação é uma função por excelência da mulher. De acordo com as perspectivas culturais, estas denotavam a amamentação com um ato de doação e sacrifícios em movimentos contraditórios e estáveis, onde conteúdos, como expressão de amor, beleza, santidade, natureza, responsabilidade e culpa, foram evidenciados.

As entrevistadas revelam que amamentar é uma prática inerente ao ser mulher e aquela que não cumpre seu papel é julgada por elas mesmas como não sendo boa mãe. Nakano (2003), em outro estudo, afirma que o ato de amamentar o filho mostra-se como importante mecanismo, perante a sociedade, para reafirmar o dever e a responsabilidade da mãe. No mundo simbólico das mulheres pesquisadas, o desejo e o dever de amamentar emergem do mesmo universo moral, o de considerar com dimensão precípua os atributos que atrelam o feminino ao materno.

Por fim, esta classe permite interpretar que, no entender das mães, o aleitamento, mesmo sem a obrigatoriedade de ser exclusivo, é uma prática de grande importância para a saúde da criança pequena e para a formação do vínculo mãe-bebê. Outro aspecto importante é a

condição imposta pelas próprias entrevistadas, segundo as quais para ser uma boa mãe a mulher tem que amamentar.

CLASSE 03 - VIVÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO

O número de u.c.e que compõem esta classe foi de 438 (31,15%), tornando-a a segunda classe mais importante. O quantitativo de palavras selecionadas atingiu 236. A seguir, são destacadas as mais representativas, no quadro 4 abaixo:

Quadro 4: Palavras mais Significativas da Classe 03

(Palavras selecionadas e ordenadas pelo valor decrescente de χ^2)

PALAVRAS	FPC	FPT	PR	χ^2
Casa	91	131	69.47	98.87
Cuidar	53	61	86.89	92.35
Arrumar	35	38	92.11	67.65
Relação	39	47	82.98	60.90
Ajuda	50	69	72.46	57.74
Marido	71	119	59.66	49.27
Cansada	49	77	63.64	40.08
Quero	29	39	74.36	34.91
Tempo	86	160	50	29.90
Sexual	12	12	100	26.75
Trabalha	14	16	87.50	23.96
Cansativo	20	27	74.07	23.65

As variáveis com maior ligação com esta classe foram: AME até cinco meses com χ^2 8.50, idade do filho de 31 - 60 dias com χ^2 5.76, ensino fundamental completo com χ^2 5.19 e mulheres que vivem sem companheiro com χ^2 4.99.

Os conteúdos das u.c.e. e das palavras mais significativas desta classe como casa, cuidar, arrumar, relação, ajuda, marido e cansada, remetem à perspectiva de um discurso voltado para o cotidiano das mulheres que vivenciam a prática da amamentação. As mulheres relatam que

amamentar exclusivamente no peito demanda tempo e que dessa forma não conseguem cuidar de si e de seus afazeres, seja de cunho doméstico ou profissional. Inicialmente, veja algumas u.c.e que demonstram a primeira situação: falta de tempo de cuidar de si:

Às vezes não dá tempo nem de cuidar da gente direito, você quer fazer uma unha, arrumar o cabelo, fazer alguma coisa.

Em relação a mim, eu acho que nem penso muito. Eu não tenho tempo para me cuidar. Eu gosto de andar direitinha com umas roupas da moda, mas não consigo me arrumar porque não dá tempo.

Um conteúdo visivelmente compartilhado nas u.c.e. é que as mulheres são vaidosas e preocupadas com sua aparência. Argumentam que amamentar é uma prática que demanda tempo e que, por isso, o lado de ser mulher fica muitas vezes esquecido. As u.c.e. demonstram o tom queixoso acerca da renúncia pessoal, uma vez que o desejo de *se cuidar* encontra-se inerente ao de ser mulher. Segundo Queiroz (2002), a visão de mundo da mulher contemporânea traz novo sentido à condição feminina, funcionando como reestruturador das representações sociais sobre o ser mulher, cuja identidade não mais transita somente na maternidade. Mesmo que o desejo do filho esteja presente, não domina suas vidas e sua história; há outros pontos de realização e caminhos para essa nova concepção feminina. Badinter (1985) explica que o cuidar da criança são gestos de amor e de devoção, mas são também sacrifícios que a mãe faz para o filho. O tempo e a energia que ela dedica ao filho são também algo de que se afigura em favor do mesmo. Esse dom de si mesmas, que se figura tão natural e tão específico ao seu sexo há quase dois séculos, parece estar sendo questionado por algumas mulheres.

Além da representação de que amamentar é uma prática que subtrai o tempo para cuidar de si, o cansaço esteve associado às várias atribuições que ela desempenha no seu cotidiano tais como: tarefas domésticas, cuidados dos filhos e trabalho fora de casa.

Eu não consigo fazer nada. Sou só por conta dela. Eu trabalho um dia sim e outro não. No dia que fico em casa eu faço tudo, lavo roupa, arrumo a casa, passo, faço de tudo e adianto bem as coisas.

O serviço de casa fica tudo parado, e tem a outra filha para cuidar, levar pro colégio, fazer tarefas. Infelizmente, para mim não dá. Eu dei a mamadeira para ajudar a ter mais tempo.

As u.c.e. demonstram que o cuidar da família e da casa são tarefas exclusivas dela. O ato de cuidar e maternar o filho são considerados socialmente de domínio exclusivo da mulher. A maternação, como outros aspectos da atividade do gênero feminino, é produto de um preparo para o papel da mulher; logo, as meninas são ensinadas a ser mães e ao longo do tempo são preparadas para o cuidado materno. Santos et al. (2001) sustentam que a conciliação dos múltiplos papéis desempenhados como dona de casa, esposa, profissional e a sensação de cansaço geram fragmentações no cotidiano das mulheres.

Neste sentido, podemos compreender o motivo pelo qual algumas mulheres reclamam da sobrecarga de afazeres demonstrando a insatisfação com relação à desigualdade de funções partilhadas com os companheiros, como pode ser visto na u.c.e. abaixo.

Esses dias eu fiz um barraco em casa porque ele não queria trocar fralda. A gente briga muito. Ele só quer brincar... Eu cuido e ele brinca. Ele me vê atolada, as coisas para fazer, mas não tem coragem para me ajudar.

Meu marido não me ajuda em nada.

O companheiro nesta classe aparece como uma pessoa importante e presente em sua vida, porém não envolvido no seu cotidiano. Segundo Vaistman (1989) essa dicotomia de tarefas masculina e feminina se deu através da divisão sexual do trabalho que se estabeleceu no capitalismo. Os homens assumiram o controle das atividades públicas, o conhecimento e o poder. Para as mulheres, as atividades tornavam-se cada vez mais privativas, realizadas no interior da família, atendendo à finalidade primordial da maternidade. Bardwick (1981) alega que o papel da mulher de esposa e mãe é ilimitado e deixa pouca margem ao seu individualismo. No seio da família, o papel de marido-pai-arrimo é restritivo. A imagem do indivíduo do sexo masculino baseia-se no seu desempenho laboral.

Outro aspecto ainda presente nas u.c.e. relaciona-se ao "dito apoio" recebido por essas mulheres. A família/mãe e o companheiro foram as pessoas mais presentes no cotidiano das mulheres. No entanto, podemos observar que o "apoio" dessas pessoas encontra-se restrito ao ato de amamentar, e o incentivo é motivado pela crença comum e o conhecimento dos benefícios do leite materno. Diante do choro do bebê, seus familiares cobram delas a prática do aleitamento materno.

Ele vê o neném chorar e fala para eu dar o peito para ela.

Além de se sentirem sobrecarregadas por todas as tarefas que lhes foram socialmente atribuídas, algumas mulheres sentem-se cobradas em amamentar. Essa cobrança é fruto da força dos discursos do poder e da divulgação promovida pelos meios da comunicação, os quais deixaram marcas profundas no inconsciente das pessoas. A partir da tomada de conhecimento dos malefícios do aleitamento artificial e dos benefícios do leite materno, a mulher foi responsabilizada pelo quadro de saúde do filho, gerando assim cobranças sociais quanto ao seu papel de mãe, ou melhor, de boa e exemplar mãe. Este fato pode ser explicado por Moscovici

(1978) quando refere que o conhecimento penetra no mundo da conversação. Não só as informações são transmitidas e os hábitos do grupo confirmados, mas cada um adquire uma competência enciclopédica acerca do que é objeto de discussão. À medida que a conversa coletiva progride, a elocução regulariza-se e as expressões ganham em precisão. As atitudes ordenam-se, os valores tomam seus lugares e a sociedade começa a ser habitada por novas frases e visões. Desta forma, a sociedade como um todo internalizou a informação biológica do valor do leite humano, principalmente no que se refere a proteção para o bebê, fazendo assim com que a mulher seja, muitas vezes, cobrada e impelida à amamentação. Neste processo, observamos a dicotomia das exigências sociais e os anseios pessoais do ser mulher.

Frente ao cansaço da dupla ou tripla jornada de trabalho, da prática da amamentação e dos cuidados da casa e dos filhos, a vida sexual demonstrou fragilidade nas u.c.e. no que diz respeito à baixa libido, a falta de tempo e de disponibilidade.

Tenho relação normal. Estou sempre disposta, nunca reclamei não. A gente sempre conversa e ele entende quando estou cansada, ele entende, sempre entendeu. No resguardo sempre me respeitou porque tem mulher que no resguardo o marido não respeita, mas ele me respeitou.

Quando não quero ter relação sexual, ele entende e sabe que eu estou cansada. Eu amo o meu marido, nos damos muito bem. A gente sente cansaço mas dá um jeito.

Ele vira e vai dormir, ele resmungo, mas vai dormir. Ele entende, ele sabe que é cansativo. Ele sabe que nem sempre a gente está disposta a tudo.

As mulheres relatam pouca disposição em ter relação sexual por causa da sobrecarga de tarefas por elas desempenhadas. Este somatório de atribuições desencadeia nas mulheres uma

diminuição da libido. Fisiologicamente, este fato é explicado pelas modificações hormonais que ocorrem na gestação, parto e lactação. Verifica-se após o parto uma redução nos níveis de estrógenos e de progesterona e, em contrapartida, um aumento nos níveis de prolactina. Os estrógenos favorecem a receptividade sexual, enquanto a prolactina, necessária à produção de leite, a inibe. Essas explicações são certamente importantes e devem ser levadas em conta; contudo, elas não explicam o fenômeno na sua totalidade.

Muitas vezes, a relação sexual ocorre apenas quando há procura dos seus parceiros. As mulheres deixam claro que estão sempre disponíveis, ainda que sem motivação própria. Muito embora sintam afeto pelos seus parceiros, o ato sexual costuma ser alvo de negociações, nem sempre satisfatórias para ambas as partes. Para a nutriz, a relação sexual pode representar uma obrigação, em função do desgaste físico já imposto pelo processo que envolve a prática de amamentar e das tarefas domésticas e profissionais. Glat (1993) sustenta que problemas matrimoniais, principalmente na esfera sexual, são muito comuns nessa fase. O bebê ocupa tanto espaço que a mulher perde a sua identidade. Além disso, o filho muda o ritmo de vida de todas as pessoas que o cercam, normalmente da mulher. Tais mudanças interferem diretamente na vida sexual do casal.

Enfim, a amamentação exclusiva é considerada pelas entrevistadas como mais uma atividade dentre as muitas que a mulher tem a desempenhar, sobrecarregando-a e gerando conflitos pessoais e no meio relacional.

CLASSE 04 - Outros Alimentos: uma necessidade

Esta classe, com 160 palavras selecionadas, foi composta por 196 u.c.e., correspondendo a 13, 94%. São destacadas, a seguir, no quadro 05 abaixo, as mais representativas.

Quadro 05: Palavra mais Significativa da Classe 4

(Palavras selecionadas e ordenadas pelo valor decrescente de χ^2)

PALAVRAS	FPC	FPT	PR	χ^2
Ficava	55	86	63.95	190.99
Dormia	31	33	93.94	180.27
Noite	60	121	49.59	140.23
Mamava	35	49	71.43	139.86
Acordava	19	22	86.36	97.71
Dia	60	168	35.71	75.40
Inteira	15	19	78.95	67.84
Hora	63	197	31.98	62.14
Mamadeira	75	261	28.74	58.48
Comidinha	9	11	81.82	42.58
Sustentando	13	21	61.90	40.88
Trabalhar	27	73	36.99	34.09
Introduzir	6	7	85.71	30.21

As variáveis de maior associação com a classe 04 foram: idade do filho entre 121-150 dias com χ^2 7,70 e idade da mãe entre 27-31 anos com χ^2 3.37.

Nesta classe, a maioria das u.c.e. que tipificam a classe e as palavras de maior associação como ficava, dormia, noite, mamava, acordava, dia, inteira, hora, mamadeira e comidinha remetem à compreensão de como as entrevistadas alimentam seus filhos e dos motivos que as levaram a introduzir outros alimentos, além do leite humano, antes dos seis meses de vida

Neste sentido, algumas u.c.e. apontam como sendo um dos motivos principais para introdução de outros alimentos na dieta do filho o retorno ao trabalho. São destacadas abaixo algumas u.c.e.:

Voltei a trabalhar quando ela estava com 4 meses, então, comecei com a papa de fruta. Até 4 meses era só o peito mais nada, nem água, nem chá.

Até 3 meses eu dava peito. Eu voltei a trabalhar, ela tinha 3 meses e na creche eles davam papinha, mamadeira e comida.

As mulheres reconhecem a importância do aleitamento materno para a saúde do bebê e vivem uma grande expectativa em relação a isso. Elas alegam ser o retorno ao trabalho o motivo principal para a interromper o AME. Rea (1997) relata que o trabalho das mulheres fora de casa tem sido apontado como uma das razões para a não amamentação e o desmame precoce. O retorno da nutriz ao trabalho constitui um momento de ansiedade, angústia e, muitas vezes, sentimentos ambíguos que oscilam da culpa à impotência para equacionar o problema. Thomsom (2001) corrobora que o retorno dessas mulheres ao trabalho devido à falta de apoio social e ao descumprimento das leis trabalhistas pode influenciar diretamente no desmame. No estudo de Osis (2004) sobre AME entre trabalhadoras com creche no local do trabalho, a existência desta aparece como elemento relevante para a manutenção do aleitamento após a licença maternidade, especialmente o materno exclusivo. Os resultados apontam duas áreas em que se pode atuar para criar condições objetivas para as mulheres trabalhadoras amamentarem. A primeira é a educação, que deve ser dirigida a toda população e não somente à gestante, prestando-se especial atenção à maneira como o conhecimento científico é comunicado e apreendido pelas pessoas. A outra área se refere à adequação das leis que visam a proteger as mulheres trabalhadoras que amamentam, de modo a criar, de fato, o suporte institucional que é necessário para permitir a continuidade da amamentação depois da licença maternidade.

Já em outra u.c.e., o motivo da interrupção do AME foi a representação de que leite materno não sustenta e que por isso o bebê chora toda hora querendo mamar, o que propicia a introdução de outros alimentos.

Eu achei que meu leite não estava sustentando. Acho que tenho pouco leite e por isso ele chora querendo mamar toda hora.

Essa u.c.e. não causa surpresa, visto que a expressão "não sustenta" é uma das causas mais apontadas pela nutrizes, famílias, vizinhos e amigos para a interrupção do AME. Essa linha representacional arraigada ao universo consensual "não sustenta" encontra justificativa nas considerações de Moscovici (1978), quando este destaca que um objeto social é sempre apreendido como algo associado a um grupo e à finalidade desse grupo. Vasconcelos (2001) cita que os bebês expressam, através do choro, a necessidade de se alimentar. Porém, sabe-se que as crianças choram por muitos outros motivos que não a fome. Muitas mães ou as outras pessoas que convivem com a criança acham que o leite materno "não está sustentando o bebê", que o "leite é fraco", "que têm pouco leite", enfim, que a criança está com fome. Glat (1993) ressalta que é preciso aprender o que o neném quer dizer com seu choro que muitas vezes pode ser apenas uma reação instintiva a situações de desconforto. E, às vezes, a própria sensação de estar aqui no mundo, fora do aconchego do útero, é por si só bastante desconfortável. Assim, as mulheres entrevistadas representam que o leite por elas produzido não sustenta a criança em AME pelo fato das mamadas ocorrerem várias vezes com intervalos pequenos por causa do choro freqüente.

Além da construção social do leite humano citada acima, uma outra u.c.e aponta que o próprio profissional de saúde reforça essa representação.

Todo mundo ficava acordado à noite porque não sabia por que ele estava chorando. Depois que a médica foi dizer que era fome Agora eu consigo descansar normal, agora ele

mama o peito e a mamadeira o dia inteiro. A noite ele acorda lá pela dez horas eu dou a mamadeira e ele vai até o outro dia.

Pode-se observar nesta u.c.e. uma terceira pessoa dentro da amamentação, o médico. Ele aparece como uma necessidade da mulher nos momentos em que é necessário tomar alguma decisão. No entanto, percebemos que existe um descompasso dos profissionais de saúde no que tange às orientações recomendadas pela OMS (1990) relacionadas à proteção, promoção e apoio ao AME. Cabe ressaltar, segundo Alcântara et al. (1988) que algumas condutas médicas continuam sendo fruto do saber científico adquirido na escola médica e nas escolas pediátricas, em particular. Em nosso país, por muitos anos destacou-se nos ensinamentos de puericultura a alimentação artificial como componente fundamental do esquema alimentar do primeiro ano de vida. No entanto, ainda hoje são encontrados profissionais de saúde com uma visão equivocada em relação ao leite humano, orientando assim as mães a introduzirem precocemente o leite artificial. Teixeira (1994) aponta que o saber biomédico é ainda o que norteia comumente a educação em saúde, forçando um discurso que é preterido ao médico, mesmo em sua ausência; o aspecto cultural da figura hegemônica do médico em nossa sociedade ainda é dominante, e o processo de medicalização difundido é internalizado.

Podemos observar em outras u.c.e que, além dos motivos abordados acima, relativos à introdução de outros alimentos, as mulheres apontaram a sobrecarga de tarefas, principalmente a doméstica, associada à falta de apoio e à partilha das atividades socialmente atribuídas à elas, como fatores significativos para a precocidade dessa introdução.

Ele mamava o tempo todo. Tinha dia que irritava. Eu queria dar continuidade no serviço de casa e ele resmungava ou chorava querendo peito.

Ela mamava e tirava um sono de dez a quinze minutos e chorava de novo querendo mamar. Desse jeito estava muito ruim porque eu não fazia nada . Deixava ela no peito o dia inteiro, não conseguia fazer nada por isso dei a mamadeira, então eu consigo fazer as coisas.

Sabemos que o cotidiano das mulheres que estão alimentando seu filho exclusivamente ao seio encontra-se carregado de intensa fadiga, emoções e instabilidade emocional. Maldonado (1990) salienta que a ansiedade, a depressão e, até mesmo, o desespero e a irritação são reações extremamente esperadas, quando a mulher vivencia todas essas novas alterações em sua vida. Essa fase na vida das mulheres é difícil, confusa, e a insegurança do novo papel de mãe confunde-se com o desgaste físico. Spíndola (2002) refere que a mulher em nossa sociedade, apesar dos avanços tecnológicos já alcançados, ainda tem arraigadas em seu inconsciente as obrigações domésticas, conseguindo compartilhar muito pouco essas atividades com seu companheiro. Como visto na classe anterior, Nakano (1996) corrobora que, diante do acoplamento de papéis sociais de mãe e trabalhadora, a mulher apresenta ambivalência de sentimentos conflitantes.

Em síntese, esta classe demonstra como justificavas para a interrupção precoce do AME o retorno da nutriz ao trabalho, o mito do leite humano "não sustentar" e, em seguida, o fato de que amamentar exclusivamente ao seio é uma prática que demanda tempo.

Conforme o dendrograma, estas duas últimas classes 3 e 4 apresentam uma forte ligação por terem sido as últimas a se separarem do corpus. Pelos conteúdos dessas duas classes, acreditamos que a ligação delas esteja voltada para a problemática do AME. Elas se diferenciam porque a classe 3 destaca as questões cotidianas e de gênero feminino relacionadas às dificuldades encontradas para o AME, enquanto que a classe 4, por sua vez, apresenta aspectos

relacionados à solução da problemática do AME, ou seja, a introdução de outros alimentos: uma necessidade.

V- 2 Associação Livre de Idéias - Análise dos Resultados das Respostas Associativas e das Entrevistas

Este tópico contém a análise das respostas fornecidas por meio do estímulo introduzido pelas palavras indutoras, amamentação, leite do peito, dar só peito e tirar do peito, complementada pela análise das entrevistas.

Cabe ressaltar que cada sujeito mencionou mais de uma resposta às palavras indutoras. A partir dos procedimentos analíticos adotados, foi possível perceber a construção de RS das mulheres sobre a interrupção precoce do AME, estruturadas de acordo com delimitação do grupo Ntr (mulheres que não trabalham fora) e Tr (mulheres que trabalham fora). Associada a esta técnica para discutir os dados e delinear contornos das RS sobre a interrupção precoce do AME, o material discursivo também foi submetido a uma análise de conteúdo de Bardin.

A) AMAMENTAÇÃO

As respostas obtidas através do termo indutor amamentação foram agrupadas em 03 categorias conforme a tabela 01 a seguir :

Tabela 01 : Distribuição por percentual das associações à palavra **AMAMENTAÇÃO** .

CATEGORIAS	Total		Grupo que não trabalha fora (Ntr) n=15		Grupo que trabalha fora (Tr) N=15	
	F	F %	F	F %	F	F %
Prazer , amor, carinho	31	75%	17	68%	14	87%
Saúde do bebê	08	19%	06	24%	02	13%
Não gosta, obrigação	02	6%	02	8%	0	0%
Total de evocações	41	100%	25	100%	16	100%

A palavra indutora "AMAMENTAÇÃO" recebeu um total de 41 evocações. A categoria mais freqüente foi "prazer, amor e carinho" com 75% do total de evocações. A esta, seguiu-se

"saúde do bebê com " 19% e, por último, "não gosta, obrigação", que apresentou um percentual de 6%. No grupo Ntr o total de evocações foi de 25, enquanto que no grupo Tr, o total foi de 16 evocações.

No que se refere à categoria "prazer, amor e carinho", observa-se a frequência deste sentimento tanto no grupo Tr (87%) quanto no grupo Ntr (68%). No universo da associação, pode-se verificar que essa categoria perpassa em ambos os grupos com percentuais elevados, aparentando ser uma representação hegemônica. Moscovici (1978) explica que representação hegemônica é vivida por todos os membros de um grupo da mesma forma que partilham uma língua. Ela tem por função preservar o vínculo entre esses membros e prepará-los para pensar e agir de modo uniforme, sendo portanto coletiva. Além disso, ela perdura pelas gerações e exerce uma coerção sobre os indivíduos, traço comum a todos os fatos sociais.

A representação desta categoria para ambos os grupos reforça que a prática de amamentar estabelece e fortalece o vínculo mãe-bebê. No entanto, as mulheres do grupo Tr abordam com mais ênfase esta categoria. Amamentar atende às necessidades afetivas da criança e da mãe através do contato físico. Spíndola (2002) corrobora que a relação da mãe com seu filho é, em geral, um sentimento presente na mulher porque a convivência diária, desde a concepção, cria vínculos significativos que os aproximam. Por conseguinte, passam a ser uma só pessoa em termos afetivos, numa relação de amor e cumplicidade. Esta categoria pode ser ilustrada pelas seguintes falas da ALI das mulheres de ambos os grupos.

Criança gosta de ficar no peito da mãe. ALI (Azaléia- grupo Tr)

A gente faz carinho. ALI (Tulipa- grupo Ntr)

Na análise compreensiva das falas das entrevistadas, essa representação também foi identificada. Percebe-se que no grupo Tr todas as quinze entrevistadas representaram que amamentar transmite amor e carinho e fortalece a relação mãe-bebê. No grupo Ntr, por sua vez, essa representação surgiu no discurso de onze mulheres. Vejamos algumas falas das entrevistas que expressam essa representação:

É muito gostoso, é muito lindo, a criança fica mais próxima, tem que dar colo e esse contato é muito importante. Nesse momento tem troca de carinho, ele fica me olhando e me tocando. Entrevista (Alamanda- grupo Ntr)

É amor, eu adoro dar mamar para ela, é muito gostoso. Ela fica me olhando o tempo todo. Quando ela mama, fico pertinho dela, fazendo carinho. Entrevista- (Alecrim- grupo Tr)

Os resultados da classe 2 do programa Alceste intitulado (Leite do peito é o melhor) reafirmaram-se na livre associação de idéias à palavra "AMAMENTAÇÃO" aplicada junto às mulheres de ambos os grupos. O resultado desse programa aponta também a importância da amamentação para fortalecer e manter o vínculo da mãe com o bebê. A amamentação se insere na relação mãe e filho e, como em toda relação entre dois seres, o contato físico pode possibilitar uma maior ligação afetiva. Vinha (1983) comenta que ao envolver uma criança para ser amamentada, mãe e filho se enlaçam afetivamente, o que os alimenta reciprocamente do ponto de vista psicológico, o que para a mãe é muito gratificante. Badinter (1985) refere que o aleitamento materno é a primeira prova de amor da mãe pelo filho, pois engendra sentimentos de prazer, físicos e morais. A mãe é a principal dispensadora de amor para o recém-nascido e o bebê. Chodorow (1990) corrobora que as mulheres maternam, e não apenas geram filhos. Assumem responsabilidade pelo cuidado da criança, dedicando-lhe mais tempo, e mantém os primeiros laços emocionais com os bebês.

Outra categoria que emergiu na ALI foi "saúde do bebê", com uma frequência de 19%. Tais mulheres referem que amamentar significa promover a saúde para o bebê, principalmente por evitar doenças. Quando analisado pelas variáveis Ntr e Tr, observamos que o grupo Ntr apresentou uma evocação superior ao grupo Tr (24% contra 13%). Percebe-se nesta categoria que a representação sobre a amamentação encontra-se voltada para a saúde da criança. Vejamos algumas expressões da ALI:

Eu sei que é saudável. ALI (Margarida- grupo Ntr)

Previne doenças. ALI (Girassol- grupo Tr)

Bom para evitar doenças. ALI (Lírio- grupo Ntr)

Isso também pôde ser observado na análise das entrevistas, onde todas as mulheres de ambos os grupos estudados ancoraram a amamentação no processo saúde-doença. Amamentar é importante porque ajuda a evitar que a criança fique doente e, sem "doenças", a criança tem saúde.

Diante do contexto da representação da amamentação como prazer, amor, carinho e de propiciador de saúde, observamos que uma pequena parcela das entrevistadas expressaram sentimentos negativos com relação à amamentação, qual seja, a categoria "não gosta, obrigação". Essa categoria surgiu apenas no grupo Ntr com uma frequência de 8%. No grupo Tr não foi evocada, como podemos verificar na Tabela 1. Vejamos algumas expressões:

Não gosto. ALI (Copo de leite- grupo Ntr)

Para mim é uma obrigação. ALI (Orquídea- grupo Ntr)

Isso pôde ser confirmado nos discursos das entrevistadas, onde esta categoria surgiu apenas em duas entrevistas do grupo Ntr. As mulheres referiram não gostar de amamentar porque demanda tempo e dedicação exclusiva.

Não gosto de dar mamar. Perco muito tempo amamentando, com tanta serviço de casa para fazer. Me prende muito. Entrevista (Orquídea- grupo Ntr)

Me sinto na obrigação de dar o peito. Eu sei que tem que dar. Mas me prende muito. Entrevista (Copo de leite- grupo Ntr)

A amamentação se mostra como uma experiência desagradável, posto que limita as ações da mulher no desempenho de outras atividades. Spíndola (2002) sustenta que as mulheres assumem mais de um papel ao serem mulheres-mães e trabalhadoras do lar. Esses diversos papéis por elas assumidos entram em conflito, prevalecendo ora um ora outro, obrigando-as a conciliá-los. Pode-se observar nesta categoria que essas mulheres, conquanto sabedoras da importância da amamentação, demonstram sentimentos negativos por se sentirem sobrecarregadas física e emocionalmente. Esses sentimentos sem dúvida se traduzem como um fator gerador da interrupção do AME.

Em síntese, na palavra indutora AMAMENTAÇÃO, pudemos inferir que a amamentação é representada como um ato que transmite amor, carinho e saúde para o bebê. A primeira categoria parece ser uma representação hegemônica, haja vista que se mostrou relevante para ambos os grupos estudados. A categoria saúde do filho apareceu com mais frequência no grupo Ntr. Essa categoria ancora o amamentar no processo saúde-doença, sendo a saúde conceituada como a ausência de doenças. A categoria que engloba os sentimentos negativos foi abordada somente pelo grupo Ntr, tanto na ALI quanto na análise das entrevistas, ainda que com uma frequência baixa.

B) LEITE DO PEITO

As respostas obtidas quanto ao termo indutor "leite do peito" foram agrupadas em 03 categorias, conforme a Tabela 02 a seguir:

Tabela 02 : Distribuição por percentual das associações à palavra **LEITE DO PEITO**.

CATEGORIAS	Total		Grupo que não trabalha fora (Ntr) n=15		Grupo que trabalha fora (Tr) n=15	
	F	F %	F	F %	F	F %
Remédio/vacina	62	77%	30	72%	32	82%
Fraco e não sustenta	11	13%	06	14%	05	13%
Importante só até 06 meses	8	10%	06	14%	02	5%
Total de evocações	81	100%	42	100%	39	100%

Quando se fala em "LEITE DO PEITO", foram apresentadas 81 evocações. A categoria mais freqüente foi "remédio/vacina", com 77%, seguida da categoria "fraco e não sustenta" com 13% e "importante só até seis meses" com 10%.

Quando analisado pelas variáveis Ntr e Tr, observamos que a categoria "remédio/vacina" aparece em ambos os grupos com percentuais elevados (72% e 82%, respectivamente). Diferentemente do termo indutor Amamentação, quando questionadas sobre o "leite do peito", verificamos que as mães de ambos os grupos associam o leite materno à prevenção de doenças. Além do aspecto nutricional, o leite humano é objetivado como uma vacina ou seja um remédio, e cada vez que a mulher oferece ao seu filho ela o protege de ficar doente. Vejamos algumas falas da ALI:

Tem vitamina. ALI (Bouganville- grupo Ntr)

Tem anticorpo. ALI (Hortência- grupo Ntr)

É um remédio. ALI (Ixória - grupo Tr)

Dá imunidade para a criança. ALI (Manacá- grupo Tr)

Como citado anteriormente, na análise de conteúdo das entrevistas, essa categoria surgiu em todas as falas de ambos os grupos, o que reforça, a representação sobre o leite do peito como um protetor de doenças.

O leite do peito é o melhor alimento porque protege de doenças, dá proteção e não deixa ficar com resfriado forte, gripe, essas infecções. Entrevista (Cravo- grupo Ntr)

É o melhor leite porque tem vitamina e evita a criança pegar doença. Dá imunidade. A criança pode até ficar doente mas recupera logo. Entrevista (Vitória-Régia-grupo Tr)

Essas mulheres ancoram a amamentação no senso comum de que ter saúde é simplesmente não ter doenças. Essa ancoragem encontra alicerce no universo reificado onde as mulheres reproduzem um discurso que historicamente foi tanto transmitido pelos profissionais de saúde, quanto reforçado pela mídia. As entrevistadas referem que esses benefícios são abordados constantemente no atendimento de saúde, seja nos grupos educativos ou nas consultas. São destacados abaixo alguns trechos das entrevistas que corroboram esta análise:

Eu soube sobre amamentação através dos agentes comunitários de saúde. Eles mostraram nas palestras que a mãe precisa amamentar porque é a única fonte de saúde que a criança tem nos primeiros meses. Entrevista (Lírio- grupo Ntr)

Eu fiquei sabendo no pré-natal, tive bastante palestra. Lá tive todo preparo, uma explicação. O leite do peito protege o bebê de doença. Entrevista (Petúnia- grupo Tr)

Jodelet (1984) afirma que as representações são veiculadas na vida cotidiana e encontram suporte nos discursos das pessoas e grupos que mantêm tais representações. As interpretações recebidas pelos meios de comunicação de massa retroalimentam as representações, contribuindo para sua manutenção ou sua transformação ou, ainda, para sua manutenção enquanto se transformam e para sua transformação enquanto se mantêm. As RS para Farr (1988) são vistas como formas de conhecimento produzidas e sustentadas por grupos específicos, numa

determinada conjuntura histórica. O conhecimento emerge do mundo onde as pessoas se encontram e interagem. No caso deste estudo, podemos observar que as entrevistadas possuem o conhecimento do leite humano através da elaboração social que elas adquiriram ao longo do tempo. Os discursos demonstram um conhecimento típico do universo reificado, onde elas elaboram e compartilham este conhecimento a partir do meio em que estão inseridas que, neste caso específico, são os serviços de saúde.

Nesse sentido, é comum encontrar profissionais de saúde que focam a amamentação no processo saúde-doença, não conseguindo assim apreender a dimensão dos aspectos que envolvem a amamentação. Os discursos desses profissionais estão tão arraigados à defesa do aleitamento materno que eles esquecem também que esse ato deve resultar da vontade da mãe e não apenas do bebê e deles. Silva et al. (1999) referem que as abordagens utilizadas pelos profissionais de saúde ainda continuam tendo uma visão unidirecional das vantagens do aleitamento materno, enfocando, muito ou apenas, os benefícios para os bebês, o que pode ser constatado também neste estudo.

Esta categoria também pôde ser vista na classe 02 do Alceste intitulada (Leite do peito é o melhor), como também no termo indutor "amamentação", apesar de aparecer com maior ênfase neste termo indutor "leite do peito" e nas entrevistas.

Na categoria "fraco e não sustenta", as evocações foram equivalentes, com 14% e 13%, respectivamente. Esta categoria, faz refletir sobre o mito do "leite fraco" que ainda é, mesmo nos dias atuais, fortemente associado ao leite humano, pois como afirma Jodelet (1984) a construção social de um saber ordinário (de senso comum) elaborado por e dentro das interações sociais através de valores, das crenças e dos estereótipos, partilhadas por um grupo social no que concerne a diferentes objetos (pessoas, acontecimentos, categorias, objetos do mundo) dando lugar a uma visão comum das coisas.

Assim, podemos compreender que a representação do leite humano de "ser fraco e não sustentar" não é algo novo; em verdade, ela foi elaborada socialmente desde o início do século XX. Almeida (1999) recorda que a utilização do leite fraco como alegação para o desmame tem uma secularidade que se funda no movimento higienista, o qual promovia a amamentação por meio de ações que buscassem responsabilizar a mulher pela saúde do filho e culpabilizá-la pelo desmame. Esse tipo de alegação verbalizada pelas mulheres está impregnada de um clamor latente frente às dificuldades vivenciadas no transcurso da amamentação, diante das quais elas não conseguem ou não sabem como se portar. Esta categoria também foi reforçada na classe 04 do programa Alceste intitulada (Outros alimentos: uma necessidade). Vejamos algumas falas da ALI:

Fraco, ralinho. ALI (Cravo- grupo Ntr)

Não sustenta, fraco. ALI (Orquídea- grupo Ntr)

Não sustenta. ALI (Azaléia- grupo Tr)

Não sustenta, não enche. ALI (Girassol- grupo Tr)

Em contraste com o que foi evidenciado na ALI, na análise das entrevistas do grupo Ntr, dez mulheres referiram que o leite humano é fraco e não sustenta, enquanto que no grupo Tr esta representação surgiu em apenas seis mulheres. Segundo Wagner (1998), esta construção social é socialmente construída por meio de discursos públicos nos grupos. A forma como as pessoas pensam sobre as coisas reais e imaginárias do seu mundo, isto é, o conhecimento que as pessoas têm do seu universo, é o resultado de processos discursivos e, portanto, socialmente construída.

Ainda com relação a essa análise, os mesmos números de entrevistadas de ambos os grupos fizeram uma grande associação desta categoria com o choro do bebê e com a suposta insuficiência do leite materno. Este fato demonstra o seu desconhecimento em relação à

suficiência do leite humano e aos mecanismos da produção do leite e, ainda, o mito de que todo choro do bebê está relacionado à fome. É conhecido na literatura que, após o nascimento e até aproximadamente 5 a 6 meses de vida, o bebê chora muito porque sente dores abdominais ou está incomodado com algo. Jodelet (1989) afirma que o conhecimento de sentido comum é uma maneira de interpretar, de conceituar a realidade cotidiana. Este pensamento não se constrói no vazio, ele se enraíza nas formas e nas normas da cultura e se constrói das trocas cotidianas. Este fato pode ainda hoje ser constatado na representação leite humano como um "leite fraco".

Ela mamava e eu sentia que ela ficava chorando com fome, parece que o meu leite não estava sustentando. Parece que tenho pouco, mas não sei. Ela mamava e eu via que ela estava chorando, ela chorava muito, meu leite não estava sustentando. Entrevista (Lágrima de Cristo - grupo Ntr).

Eu tinha a sensação de que ele chorava de fome, acho que meu leite não estava sustentando. Ele acordava a noite inteira para mamar. Não estava agüentando mais. Eu não dormia. Entrevista (Ixória - grupo Tr)

Quando ele mamava só no peito, parecia que ele não ficava satisfeito. Ele mamava no peito e ficava chorando, como se tivesse faltando alguma coisa. Eu acho que meu leite não estava sustentando porque ele via a gente comendo e ficava olhando, pedindo com os olhos. Entrevista (Girassol - grupo Tr).

A categoria "importante só até seis meses" foi mais freqüente no grupo Ntr, com 14%. As mães demonstraram certo conhecimento quanto à importância do leite materno e da duração do aleitamento até o sexto mês. No entanto, não destacaram a importância da exclusividade. Vejamos algumas falas da ALI:

Quero dar até os seis meses. ALI (Lágrima de Cristo- grupo Ntr)

É importante até os seis meses. ALI (Lírio- grupo Ntr)

É importante até os seis meses. ALI (Hibisco- grupo Tr)

Protege até seis meses. ALI (Girassol- grupo Tr)

Na análise das entrevistas, observamos que no grupo Ntr seis entrevistadas fizeram referência à importância do aleitamento materno durante os seis meses. No grupo Tr, tal referência foi observada na fala de cinco entrevistadas. Percebe-se que esta expectativa de seis meses citada pelas entrevistadas para a amamentação está diretamente relacionada à divulgação realizada pelos manuais, programas, orientações profissionais e propagandas de incentivo ao aleitamento materno que a preconizam como sendo ideal para a criança até aquela faixa etária.

Vejamos algumas falas:

A criança precisa só do peito até 6 meses. Depois tem que ser mamadeira porque acho que o leite não sustenta mais. Precisa da mamadeira. Entrevista (Copo de Leite - Ntr).

Acho que é necessário até seis meses. Eles lá no posto falaram que é importante. Entrevista (Manacá- Tr).

O fato de as mulheres deste estudo não reconhecerem a importância da exclusividade pode ser explicado pela deficiência da informação das políticas públicas de promoção do aleitamento materno. Lima (2001) recorda que, no início da década de 1980, enfatizou-se muito a importância de divulgar conhecimento e informação para que se elevasse o então baixíssimo índice de aleitamento materno e o quase desconhecido aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Em 1993, a OMS e a UNICEF recomendaram o AME desde o nascimento até os 4-6 meses e a manutenção com alimentos complementares até 2 anos de idade ou mais. Atualmente,

o MS (2001) recomenda que os bebês sejam amamentados exclusivamente no peito durante os seis primeiros meses e não mais no período até 4-6 meses. Completados os seis meses, todos devem ter acesso a alimentos complementares saudáveis e apropriados para a idade, devendo a amamentação no peito continuar até os dois anos de idade ou mais.

Ramos e Almeida ((2003b) sustentam que parte dessa confusão conceitual em relação ao período de AME pode estar relacionada à difusão de informação por meio das campanhas e dos serviços de saúde que terminam por reforçar o período de seis meses sem a devida ênfase no caráter exclusivo da amamentação. Sem dúvida, esses fatores apresentam influência direta na representação da amamentação nesse grupo de mulheres. Esta categoria também foi encontrada na classe 02 do programa Alceste intitulada (Leite do peito é o melhor).

Em síntese, para a palavra indutora LEITE DO PEITO, a representação das entrevistadas de ambos os grupos encontra-se voltada principalmente para objetivar o leite humano como remédio/vacina, ancorando, mais uma vez, a amamentação dentro do processo saúde-doença e mostrando ser uma representação hegemônica. O mito do "leite fraco" permanece presente até os dias atuais e encontra-se mais forte, nesse estudo, no grupo Ntr. É importante ressaltar que embora as entrevistadas de ambos os grupos reconheçam o período recomendado para o aleitamento materno de seis meses, elas não destacam a importância da exclusividade. Em seu entender, o aleitamento materno, mesmo que não exclusivo, já garante por si só a saúde da criança, através das propriedades preventivas e curativas do leite materno.

C) DAR SÓ PEITO

Quando perguntadas sobre o termo indutor "dar só peito", várias evocações emergiram, as quais foram agrupadas em quatro categorias, conforme a tabela a seguir :

Tabela 03 : Distribuição das associações à palavra **DAR SÓ PEITO**

CATEGORIAS	Total		Grupo que não trabalha fora (Ntr) n=15		Grupo que trabalha fora (Tr) n=15	
	F	F %	F	F %	F	F %
Prende muito tempo, difícil dar toda hora, cansativo	24	59%	13	87%	11	42%
Interrupção devida ao trabalho	10	24%	0	0	10	39%
Dor: no início	05	12%	0	0	05	19%
Não satisfaz , não sustenta, bebê chora muito	02	5%	02	13%	0	0
Total de evocações	41	100%	15	100%	26	100%

Quando se fala em "DAR SÓ PEITO", tivemos um total de 41 evocações. A categoria mais freqüente foi "prende muito tempo, difícil dar toda hora, cansativo" com 59%, seguida pela categoria "interrupção devida ao trabalho" com 24%, após "dor: no início" com 12% " e finalmente " não satisfaz, não sustenta, bebê chora muito" com apenas 5%.

A categoria "prende muito tempo, difícil dar toda hora, cansativo" emergiu em ambos os grupos, porém com uma freqüência bastante significativa no grupo Ntr (87%). No grupo Tr esta categoria apresentou um total de 42% de evocações. Vejamos algumas evocações:

Prende muito a mãe. ALI (Margarida- grupo Ntr)

Tem que dar toda hora. ALI (Onze horas- grupo Ntr).

Tem que ter paciência, é muito cansativo. ALI (Alecrim - grupo Tr)

Ratificando o que foi encontrado na ALI, na análise das entrevistas, todas as entrevistadas do grupo Ntr (15) demonstram que o ato de amamentar exclusivamente é uma prática que demanda tempo, motivo pelo qual ficam muito cansadas. O próprio estado de saúde física e mental da mulher, sua carga de trabalho doméstico sem apoio, como foi demonstrado na

categoria anterior com relação ao termo indutor amamentação, são fatores que interferem na prática da amamentação exclusiva desse grupo em especial. Esses fatores precisam ser discutidos com as mulheres desde a descoberta da gravidez ou até mesmo no planejamento familiar. Esta categoria corrobora com as u.c.e. do programa Alceste classe 03 intitulada (Vivência da amamentação). Vejamos algumas falas do grupo Ntr:

O meu dia é bem tumultuado, agitado, faço tudo sozinha e cuido dos outros filhos também. Tem vez que ela fica no peito 2 horas, ela quer mamar toda hora. É muito cansativo, Tem dia que não consigo nem almoçar. Por isso dei a mamadeira para poder almoçar, fazer as coisas e descansar também. Entrevista (Alamanda - grupo Ntr)

Eu fico muito cansada durante o dia, por isso que de noite dei mamadeira para eu conseguir dormir. De dia ele mama no peito o tempo todo. Fico em casa sozinha cuidando dele e do meu outro filho, por isso fico muito cansada. Mamar me prende porque fico presa e eu tenho muita coisa para fazer. Entrevista (Orquídea - grupo- Ntr)

Esta categoria também emergiu na fala de doze mulheres do grupo Tr, porém, de forma diferente. Neste grupo, as mulheres, além de abordarem os fatores citados pelo grupo Ntr, têm a sobrecarga adicional da dupla ou tripla jornada de trabalho, no espaço público e privado.

É muito cansativo ter que cuidar dela e trabalhar. O meu trabalho é muito cansativo, trabalho em uma lanchonete à noite. Quando chego em casa de madrugada ela está acordada e logo ela vem para o peito, se eu deixar ela mama a noite inteira. Entrevista (Palma - grupo Tr)

Eu gosto de dar mamar para ele, mas tem vez que irrita porque cansa muito. Trabalho de dia e quando chego em casa já estou quebrada. Dar mamar à noite e trabalhar de dia não é fácil. Entrevista (Girassol - grupo Tr)

Em ambos os grupos, amamentar representa uma prática cansativa. Apesar de as mulheres entrevistadas reconhecerem as vantagens da amamentação, a prática exclusiva do AME gera conflitos. Os sentimentos expressos por elas oscilam entre sentir-se nervosa e ansiosa ou tranqüila. Essa tarefa se revelou como um fardo em consequência dos múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe-trabalhadora.

A arduidade da tarefa de aleitar, aliada à multiplicidade de afazeres que as mulheres desempenham, fazem com que a questão da exclusividade do aleitamento deixe de ser prioritária. As mulheres de ambos os grupos estudados estão agindo conforme a sua representação. Segundo Abric (1987), a RS pode ser considerada como produto e como processo de uma atividade mental pela qual um indivíduo ou um grupo social reconstitui o real com o qual ele é confrontado e lhe atribui uma significação específica. Ela dá lugar a uma construção da realidade, aí integrando as dimensões individuais e sociais, porque se elabora a partir de nossos próprios códigos de interpretação, culturalmente marcados; neste sentido, ela constitui um fenômeno social em si.

Desta forma, podemos compreender o motivo da categoria "interrupção devida ao trabalho" emergir somente no grupo Tr com uma frequência de 24% . A volta ao trabalho foi um fator que contribuiu para a introdução de outros alimentos. As mulheres do grupo Tr, em média, interromperam o AME mais tarde em relação ao grupo Ntr (3 meses e meio versus 2 meses e meio). Este fato pode ser observado na Figura 16, que mostra a curva de abandono do AME em ambos os grupos. Vejamos algumas ALI:

Não dá por causa do trabalho. ALI (Quaresma- grupo Tr)

Difícil. Eu trabalho. ALI (Ixória- grupo Tr)

Esta categoria também pôde ser confirmada, quando analisadas as falas, por aparecer nos discursos de todas as entrevistadas do grupo Tr. Percebe-se que todas as entrevistadas desse grupo alegam que interromperam precocemente o AME por causa do retorno ao trabalho.

Se eu não tivesse que trabalhar não tiraria ela do peito de jeito nenhum. Até 4 meses era só peito. Tive que dar outras coisas para ela acostumar porque ela ia ficar o dia inteiro em casa sem mim. Eu trabalho em loja, saio de manhã e só volto à noite. Por isso que tive de dar outros alimentos para ela. Entrevista (Crisântemo - grupo Tr)

Se eu não voltasse a trabalhar, eu não daria a mamadeira para ela, realmente não. Ela ficaria só no peito. Eu dei o peito para ela até 4 meses. Entrevista (Alecrim - grupo Tr)

O MS (2001) recomenda a amamentação exclusiva até os seis meses; não obstante, as leis trabalhistas brasileiras concedem apenas cento e vinte dias de licença maternidade, o que obviamente é uma contradição. Tal fato, como observado pelas falas, é um dos fatores primordiais apontados para a não manutenção exclusiva da amamentação. Outro aspecto a ser levado em consideração é que a lei garante saída mais cedo ou entrada mais tarde no trabalho, ou a exigência das empresas ou firmas terem creches no local de trabalho. Na prática, esses direitos são inexistentes e muitas mulheres não os conhecem. Da mesma forma, não se pode esquecer que os profissionais de saúde em geral não incentivam a coleta de leite humano e que muitas mulheres desconhecem a prática da ordenha e da conservação deste leite como uma possibilidade de manutenção do aleitamento materno.

A próxima categoria foi "dor: no início" emergiu somente no grupo Tr (19%). Essas mulheres relatam dor física e insatisfação em dar o peito principalmente nas primeiras mamadas (tal desconforto tendia a melhorar com o passar do tempo). Arantes (1995), ao estudar a amamentação buscando compreender seus significados, identificou aspectos relativos a

momentos negativos e desagradáveis vividos pelas mulheres, evidenciando uma visão diferente do que se vem apregoando de modo idealizado nos discursos oficiais em prol do aleitamento.

Vejamos as ALI:

Difícil no início. Doeu muito. ALI (Azaléia- grupo Tr)

No início, sentia muita dor, mas depois passou. ALI (Vitória- Régia- grupo Tr)

No entanto, quando analisadas as entrevistas, podemos verificar que esta categoria esteve presente em ambos os grupos. No grupo Tr, esta categoria foi abordada por onze mulheres, enquanto que no grupo Ntr surgiu em nove entrevistas. Seguramente, a questão da dor está diretamente relacionada com a pega incorreta do bebê ao seio materno. Em grande parte, tal fato se dá pela falta de apoio e orientação nas primeiras mamadas.

Com relação a esse assunto, Vinha (1999) refere que todos os problemas relacionados com a pega são perfeitamente evitáveis com a adoção de medidas profiláticas no curso do ciclo gravídico-puerperal. Araújo (1991) corrobora que a falta de orientação e de apoio profissional determina na mulher um sofrimento físico que poderia ser evitado com medidas preventivas ou curativas. Assim sendo, o profissional de saúde precisa estar envolvido com a questão do aleitamento materno pois, como sustenta Cordeiro (2001), o profissional que trabalha com aleitamento materno enfrenta situações muito particulares que necessitam de um olhar aguçado. O domínio das técnicas é muito importante, mas a oportunidade de ouvir e aprender com a mãe, familiares e bebês é que levará o profissional a discernir quando e como ajudar. Há que se refletir sobre as intervenções desnecessárias e sobre a delicadeza da abordagem, nas diferentes situações de ajuda, para o bom início da amamentação. Esta categoria surgiu também na classe 01 intitulada (O nascimento) do programa Alceste. Ressalto abaixo algumas expressões que elucidam essa análise:

No início ela mamava pouco. Meu peito rachou por falta dela mamar, porque é a saliva que cicatriza, né? Rachou muito, eu chorava, gritava. Na hora dela mamar doía muito, era terrível. Entrevista (Hortência- grupo Ntr)

Foi muito doloroso no começo porque rachou. Eu fui passando o leite do peito e cicatrizou. Quando ela mamava era uma dor imensa, mas depois passou. Entrevista (Vitória-Régia- grupo Tr)

Por fim, a última categoria, que emergiu com pouca frequência (apenas duas evocações, ambas do grupo Ntr), foi "não satisfaz, não sustenta, bebê chora muito". Essa baixa frequência dessa evocação neste termo indutor "dar só peito" diferentemente do anterior "leite do peito" sugere que quando se considera aleitamento exclusivo, o principal empecilho reside não na crença de que dar só peito não sustenta, mas no caráter penoso do amamentar em si e nas limitações que essa atividade impõe à mulher.

Em síntese, a palavra indutora "DAR SÓ PEITO" representa que o ato de amamentar exclusivamente ao seio é uma prática que demanda tempo e leva à sobrecarga dessas mulheres, fato expressado pela maioria delas em ambos os grupos. A interrupção devida ao trabalho, citada por número expressivo de entrevistadas do grupo Tr, é fato justificado pelo suporte geralmente insuficiente que as mulheres experimentam ao tentarem conciliar a atividade laborativa com os cuidados maternos.

D) TIRAR DO PEITO

As respostas obtidas quanto ao indutor "tirar do peito" foram agrupadas em 03 categorias que as sintetizam :

Tabela 04: Distribuição das associações à palavra **TIRAR DO PEITO** .

CATEGORIAS	Total		Grupo que não Trabalha fora (Ntr) n=15		Grupo que trabalha fora (Tr) n=15	
	F	F %	F	F %	F	F %
Filho doente	22	55%	13	69%	09	41%
A criança vai sentir falta	14	34%	05	26%	09	41%
Difícil e triste para a mãe	05	11%	01	5%	04	18%
Total de evocações	41	100%	19	100%	22	100%

Quando se fala em "TIRAR DO PEITO", o total de evocações foi 41. A categoria mais freqüente foi "filho doente" com 55%, seguida pela categoria "a criança vai sentir falta" com 34%, e finalmente "difícil e triste para a mãe" com 11%.

Quando analisadas as categorias pelas varáveis Ntr e Tr, verificamos que a categoria "filho doente" emergiu em ambos os grupos, porém em maior freqüência no grupo Ntr, com 69%, apesar de aparecer com freqüência significativa no grupo Tr (41%). Aqui, é reforçada, mais uma vez, a representação da amamentação como um remédio capaz de prevenir doenças. Eis algumas expressões da ALI:

Criança fica mais doente. ALI (Copo de Leite- grupo Ntr)

Criança perde a proteção, fica doente. ALI (Acácia- grupo Tr)

Fica mais doente. ALI (Ixória- grupo Tr)

As mães relatam que, ao largarem o peito, as crianças passam a correr mais riscos de adoecerem. Como citado anteriormente, a representação destas mulheres em relação à interrupção do AME encontra-se ancorada na questão do processo-saúde-doença.

Observa-se nos discursos que as mulheres ancoram de forma simples e direta o que a ciência comprova por meio de estudos complexos. Cabe destacar aqui que, ao evitar que a criança

se prive do leite materno, ainda que o aleitamento não seja mais exclusivo, as mães estão fazendo o papel de protetoras, pois a complementação alimentar do aleitamento não interfere com essa proteção. Esta categoria é reforçada na classe 02 do programa Alceste intitulada (Leite do peito é o melhor).

Já a categoria "a criança vai sentir falta" teve mais expressão no grupo Tr, com 41%. É importante destacar que essa categoria se apresentou com a mesma frequência que a categoria anterior "filho doente", demonstrando que tirar do peito pode tanto provocar doenças como interromper o vínculo entre mãe e bebê. No entanto, esta categoria apareceu no grupo oposto com 26%. Vejamos algumas ALI:

Criança sente falta de ficar junto da gente. ALI (Copo de Leite- grupo Ntr)

Não é bom para a criança. ALI (Onze horas- grupo Ntr)

Faz falta para o filho. ALI (Azaléia- grupo Tr)

Quando analisadas as entrevistas, esta categoria também se fez presente nos discursos de dez mulheres do grupo Tr e seis no grupo Ntr. No entanto, podemos observar uma diferença nos discursos dessas mulheres quando se trata da criança sentir falta. No grupo Ntr, as mães fazem referência à falta do leite para a criança principalmente pelo prejuízo nutricional, como já mencionado anteriormente; a representação de *tirar o peito* para essas mães ocorre em torno da proteção de doenças. Por outro lado, para as mães do grupo Tr, a representação de tirar do peito está mais voltada para a questão do vínculo afetivo. Esta diferenciação pode ter ocorrido principalmente em função do tempo que as mães do grupo Tr passavam distantes de seus filhos por causa do trabalho. Esta representação também emergiu na classe 02 do programa Alceste intitulada (Leite do peito é o melhor).

Dar mamar é muito gostoso porque a gente fica perto, É um momento de ficar próximo. É um momento nosso. Entrevista (Azaléia- grupo Tr)

Quando ela largar o peito acho que não vai ser bom. Ela não vai ficar mais juntinha de mim. Na hora que amamento pego nela, fico fazendo carinho. Entrevista (Palma- grupo Tr)

Quando ele sair do peito não vai ser bom porque ele vai deixar de receber tudo de bom que tem no leite. As vitaminas que tem em outro leite não é igual a do nosso.. O leite da gente tem tudo para ele. Ele vai sentir falta. Entrevista (Margarida- grupo Ntr)

Quando verificamos a categoria "difícil e triste para a mãe", esta também esteve mais freqüente no grupo Tr com 18%. Isso reforça, mais uma vez, um sentimento de quebra do vínculo mãe-bebê em função do afastamento pelo trabalho, o qual pode ser resgatado através do pouco tempo em que elas ainda amamentam seus bebês. Dessa forma, enxergam nessa ruptura um prejuízo para elas próprias, do ponto de vista de sua realização como mãe. Eis algumas falas:

Vou sentir falta sim. ALI (Alecrim- grupo Tr).

A mãe sente falta. ALI (Quaresma- grupo Tr).

Ao analisarmos as entrevistas, observamos, mais uma vez, a forte presença dessa categoria no grupo Tr. Esta representação esteve presente no discurso de dez mulheres do grupo Tr e em seis do grupo Ntr. Tirar a criança do peito para essas mães significa um sentimento de perda, pois a amamentação se insere na relação entre mãe e filho.

Eu adoro dar mamar para ela, é muito gostoso. Ela fica me olhando o tempo todo, quando acordada ela fica me pegando, fazendo carinho. Eu me sinto muito bem, me sinto mãe, forte. Quando ela deixar o peito de vez vou sentir falta disso tudo. Entrevista (Alecrim- grupo Tr).

Quando dou o peito fico fazendo carinho, é muito bom. No dia em que ela não quiser pegar mais acho que vou ficar triste, vou sentir falta de pegar ela e colocar para mamar.

Entrevista (Hibisco- grupo Tr)

No entanto, podemos observar nas entrevistas que a transferência de carinho e afeto é bilateral. Arantes (1991) sustenta que a amamentação é valorizada também como uma necessidade inerente ao seu ser-mãe. É mais uma forma relevante do seu-ser-com-seu-filho, tornando gratificante esse ato. A gratificação proporcionada pelo contato com a criança se mostra de forma positiva, segundo o revelado pelas mulheres no seu vivenciar a amamentação.

Em síntese, a palavra indutora "TIRAR DO PEITO" revelou para esse grupo de estudo que a ausência do leite humano traz um prejuízo para a saúde da criança, visto que fica privada do seu remédio/vacina. Mais uma vez, demonstra-se a ancoragem no processo saúde-doença. É importante destacar que as mulheres, especialmente as do grupo Tr, referem-se à possível quebra de vínculo entre mãe e bebê no momento da retirada do peito.

VI- Chegando à Teoria das Representações Sociais da Amamentação e sua Influência na Interrupção Precoce do Aleitamento Materno Exclusivo Baseado nos Dados do Alceste, da Associação livre de Idéias e das Entrevistas.

Este tópico tem o objetivo de descrever os dados derivados das classes que emergiram do programa Alceste e das categorias que surgiram da ALI e das entrevistas, em conformidade com a orientação teórico-metodológica proposta por Bardin. Os resultados apresentados permitem compreender as RS das participantes deste estudo com relação à amamentação, bem como suas implicações no processo de interrupção precoce do AME.

Para conhecer o processo de elaboração das RS, cabe entender como as mulheres de ambos os grupos estudados ancoram esse fenômeno. Nesse sentido, torna-se relevante articular as RS com as condições de produção de conhecimento sobre as mesmas, circulantes no imaginário social. ALVES-MAZZOTTI (1994) sustenta que a TRS apresenta íntima relação com a linguagem, imaginário social e com a ideologia, ocupando lugar de destaque nas condutas e práticas sociais.

A partir desse pressuposto, podemos compreender como as mulheres simbolizam a interrupção precoce do AME. Nosso propósito foi o de redefinir o problema a partir de quem o vivencia, insistindo sobre sua função simbólica e seu poder de construção do real.

Pensar a interrupção precoce do AME como problema social implica na necessidade de se enfrentar inúmeras dificuldades de cunho psicossocial e cultural às quais esse grupo de mulheres é submetido. Estudar essas representações e seus reflexos exige que se aborde essa representação em si mesma, como fenômeno individual e coletivo.

O conhecimento individual e socialmente compartilhado sobre a amamentação fez com que as mulheres agissem conforme as suas representações; estas, por sua vez, exerceram influência direta na interrupção prematura do AME. Os dados obtidos através do programa

informatizado proporcionaram fortes indícios dessas representações, o que foi confirmado e reforçado pela ALI e pelas entrevistas. É importante ressaltar que a complementação dessas três etapas enriqueceu a análise ao mostrar semelhanças e contrastes entre os grupos reflexivos deste estudo, a saber: mulheres que não trabalhavam fora (Ntr) e mulheres que trabalhavam fora (Tr).

Nossos dados permitem situar e entender algumas questões pertinentes a cada grupo de pertença. As mulheres do grupo que não trabalhava eram mais jovens em relação às do outro grupo, estando a faixa etária concentrada entre os 17 e os 31 anos (média de 24,5 anos), enquanto que as do grupo Tr se distribuíram entre os 17 e os 45 anos de idade, com média de 30,4 anos. O grau de escolaridade, representado pelos anos completos de estudo, foi discretamente maior no grupo Tr, com média de 8,8 anos contra 8,3 anos entre as mulheres que não trabalhavam. De forma análoga, o hábito de assistir televisão e ler jornais, mais encontrado no grupo Tr, sugere maior acesso à informação entre as mulheres deste grupo em comparação ao outro grupo. O nível de escolaridade mais elevado pode ter sido determinante na própria conquista do emprego entre as mulheres do grupo Tr, ainda que o seu trabalho fosse, no geral, de baixa qualificação. Com relação ao planejamento da gravidez, houve semelhança entre os dois grupos, sendo cerca de dois terços das gravidezes tidas como não planejadas pelas mulheres dos dois grupos.

Em relação ao grupo Ntr, todas as mulheres reconheceram o valor da prática do aleitamento materno e do leite humano, ancorando a amamentação no processo saúde-doença. A objetivação do leite humano como "remédio" ocorreu pelo fato delas acreditarem que o leite por elas produzido tem a função primordial de proteger o filho de doenças, mas não de servir de fonte nutricional/alimentar. Para onze entrevistadas desse grupo, amamentar também estabelece e fortalece o vínculo mãe-bebê. Ao amamentar o filho, o contato físico é imediatamente estabelecido; dessa forma, a intimidade e a cumplicidade surgem para ambos. Ressalta-se que esse vínculo não requer que o aleitamento seja exclusivo.

Nessa perspectiva de "protetor", reconheceram a importância do aleitamento para o bebê até o sexto mês, quando o filho é considerado pelo senso comum como um ser frágil, pequeno e carente dessa proteção tanto física quanto afetiva. Nesse sentido, por si só, o ato de aleitar ao peito já as torna "boas mães", pois estão cumprindo o papel a elas destinado - o da maternidade, mesmo não sendo o leite humano a única fonte alimentar da criança.

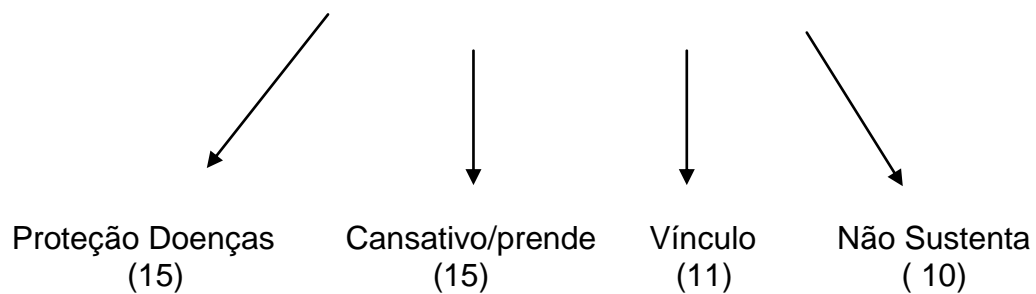
O mito do "leite fraco" surgiu no universo dessas entrevistadas de forma bastante significativa. Na ALI, a categoria "fraco e não sustenta" aparece nos termos indutores "leite do peito" e "dar só peito" o que é ainda reforçado nas entrevistas, onde dez mulheres fizeram esse tipo de referência. Adicionalmente, o choro do bebê foi fortemente associado à fome. No entender das entrevistadas, não sendo o leite materno suficiente para a nutrição do bebê, ainda que importante, o aleitamento ao peito não precisa excluir outras fontes alimentares.

Em relação ao cotidiano, a questão da dificuldade para manter o AME foi unanimemente abordada pelas participantes desse grupo, sobretudo quando se considerou o seu prolongamento até o sexto mês. As questões de gênero continuam fortes nas divisões das tarefas de que participam o feminino e o masculino. As responsabilidades que envolvem cuidados com a casa e a família continuam centradas no gênero feminino, implicando em sobrecarga física e emocional para a mulher. Desta forma, a amamentação foi entendida como algo que viola a sua liberdade porque implica em se estar sempre disponível, afóra o fato de se ter de incorporar ao seu cotidiano de afazeres uma tarefa tão cansativa. A amamentação esteve fortemente associada a termos que denotam arduidade, particularmente para esse grupo.

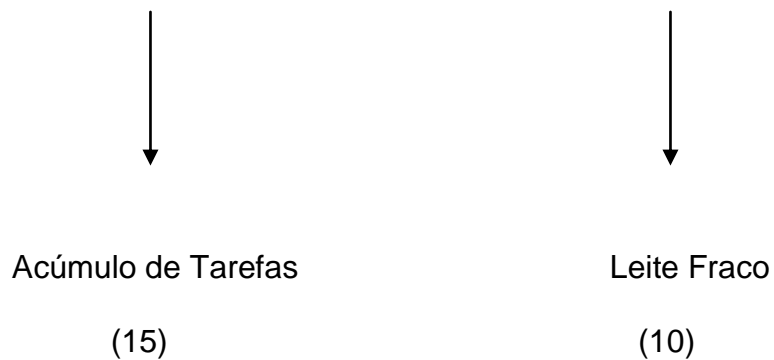
Enfim, diante da carga de tarefas às quais se expõem e da representação da amamentação enquanto protetora de enfermidades, essas mulheres consideram necessária e aceitável a complementação alimentar.

Ntr

AMAMENTAÇÃO / LEITE HUMANO



INTERRUPÇÃO PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO



No grupo Tr, as entrevistadas também ancoraram o leite humano no processo saúde-doença. Entretanto, ao mesmo tempo em que o leite humano foi considerado um protetor de doenças, a prática de amamentar propiciou o vínculo afetivo, apresentando-se como algo prazeroso para elas mesmas e transmitindo amor e carinho para o bebê. Neste grupo, essas duas representações tiveram a mesma ênfase, ou seja, todas as quinze entrevistadas, o que diferiu do grupo anterior.

O fato da representação da amamentação como vínculo ser mais forte nesse grupo de mulheres guardou relação com a introdução mais tardia de outros alimentos na dieta do filho. O retorno ao trabalho foi um dos motivos alegados para a interrupção precoce do AME - as mulheres foram levadas a introduzir outros alimentos face ao término da licença maternidade.

Ainda com relação a esse grupo, a categoria "fraco e não sustenta" surgiu somente na palavra indutora "leite do peito" e em apenas seis entrevistas, sugerindo que o mito do leite fraco pode não ter sido tão expressado nesse grupo a ponto de justificar a interrupção precoce do AME, como foi o caso do grupo Ntr.

Outro fator também alegado (12 mulheres) para a interrupção do AME foi a questão do cansaço, associada à multiplicidade de funções que essas mulheres desempenhavam. As mulheres necessitavam dividir seu tempo entre a jornada de trabalho fora do lar, os afazeres domésticos e o cuidado da família. Percebemos também neste grupo que a divisão das tarefas continuou centrada somente no gênero feminino. Cabia à mulher cuidar da casa, dos filhos, trabalhar fora e ainda ser "boa mãe".

Portanto, o acúmulo de todas essas funções, classicamente atribuídas à mulher, somado ao retorno ao trabalho, foram fatores determinantes para a interrupção precoce do AME neste grupo de pertença.

Tr



Por fim, ambos os grupos reconheceram a importância da amamentação para seus filhos, pelo menos até o sexto mês de vida, para protegê-los de possíveis enfermidades e para proporcionar-lhes amor e carinho. No entanto, a exclusividade não era fundamental nem necessária para tais metas, daí resultando a introdução de outros alimentos. Como explica Moscovici (1984, p.51), "a maioria das pessoas interpreta o que lhes acontece, forma uma opinião sobre a própria conduta ou a de familiares e pessoas mais próximas e orienta suas ações em conformidade com essa interpretação".

Capítulo VII

Considerações Finais

Ao iniciar esta pesquisa, o meu olhar encontrava-se focado no prejuízo nutricional e afetivo dos filhos acarretado pela interrupção precoce do AME. Não compreendia porque agiam as mães dessa forma se as vantagens do aleitamento materno para elas e para a criança eram tão evidentes e sobretudo tão amplamente difundidas tanto pelos profissionais de saúde quanto pela mídia. Essas questões me aproximaram desta temática e, ao mergulhar no universo das subjetividades que envolve cada ator social, pude encontrar algumas respostas para tal.

Foi necessário compreender e aceitar que, em cada história de vida, o saber construído socialmente pelos sujeitos orienta seu comportamento, e que este conhecimento, adquirido ao longo do tempo, é determinante nas suas escolhas. Essa reflexão foi fundamental para que eu modificasse meu entendimento da questão do AME. Percebi a necessidade de extrapolar a produção de saber que se baseia única e exclusivamente na análise das funções biológicas. Para isso, tornou-se imprescindível estabelecer uma relação de diálogo, de escuta e parceria com as mulheres.

O processo do aleitamento materno encerra questões psicossociais complexas que vão muito além do paradigma biológico. A exploração destas questões é tarefa árdua porém

imprescindível para a sua compreensão. Fatores psíquicos como afeto materno, ternura, dor e abnegação, e aspectos diversos tais como o amparo familiar e trabalhista da mãe e seus valores culturais, são peças determinantes no curso da amamentação, sendo sua abordagem de suma importância.

O referencial da teoria das representações sociais, utilizado em nosso estudo, proporcionou um novo olhar sobre o aleitamento materno exclusivo e sua interrupção precoce. Avaliando mulheres que trabalham fora e mulheres que trabalham apenas no lar, perscrutando o imaginário e as representações de nossas mães, vislumbramos a outra face do problema.

Sob esse enfoque, ressalto que o estudo de RS mostrou ser uma ferramenta útil e reveladora para compreender os aspectos psicossociais do processo de amamentação e de sua interrupção prematura. Acreditamos que esse fundamento teórico contribuiu para alcançar espaços subjetivos, propiciando condições de compreender melhor a construção da identidade, da singularidade e reflexos da inserção social do grupo focalizado, na construção e evolução de seus valores e de sua visão de mundo.

No decorrer do trabalho, apresentamos os pontos mais relevantes sobre a perspectiva do aleitamento materno no Brasil. Abordamos aspectos históricos da amamentação, desde o Brasil-Colônia até a formulação das novas políticas públicas, explorando a evolução do contexto sociocultural que envolve a nutriz. Para compreendermos o fenômeno estudado, foi necessário utilizar leituras de antropologia, psicologia, sociologia, gênero, além de inúmeras leituras de autores que pesquisam esse tema.

Os motivos pelos quais as mulheres interrompem precocemente foram apontados durante a apresentação dos resultados. A análise foi realizada separadamente de acordo com as categorias que emergiram de cada grupo reflexivo. As implicações dessas RS no processo de interrupção

surgiu para ambos os grupos e pode ser encontrado nos capítulos de análise do programa Alceste e da ALI.

Compreender a interrupção precoce do AME envolve reflexões de condutas de profissionais de saúde, poder público e sociedade envolvidos nesta questão. Alguns aspectos devem ser levados em consideração pelos profissionais de saúde que lidam com gestantes, puérperas e lactentes em fase de aleitamento. Repensar as abordagens utilizadas hoje em dia pelos profissionais que têm uma visão centralizada nos benefícios de "saúde para os bebês", e compreender o processo de amamentar dentro de um contexto bio-psicossocial são passos fundamentais que podem ajudar a solucionar o problema. É comum encontramos alguns profissionais que adotam condutas verticais e autoritárias, focando a amamentação unicamente no processo saúde-doença e considerando-a como uma obrigação única e exclusiva da mulher. De fato, nossas mulheres reproduzem o que lhes é ensinado em relação ao aleitamento, ao representarem que o leite humano é vacina e que o amamentar até o sexto mês transmite amor. Claramente, não existe rede de apoio que sustente o aleitamento exclusivo, em toda a sua dimensão. O saber ouvir e entender como as mulheres se sentem, estando à sua disposição para ajudá-las a decidirem o que fazer frente às enormes dificuldades engendradas em todo o processo, são condutas desconhecidas por parte desses profissionais.

Outro aspecto importante diz respeito à elaboração de políticas públicas mais eficazes para fazer sustentar e revigorar a prática, muitas vezes incompleta e insuficiente, da amamentação em nosso meio. Sem dúvida, as políticas públicas desenvolvidas para proteger, promover e apoiar o aleitamento materno vem contribuindo de forma bastante positiva para a manutenção do aleitamento materno. Percebemos, não obstante, que muitos profissionais de saúde que atuam nas unidades básicas de saúde e nas unidades de PSF não foram ainda contemplados com treinamento em aconselhar e apoiar a amamentação, nem tampouco participaram de curso de manejo e

promoção de aleitamento materno, que constitui o passo 2 dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno.

Tem sido exaustivamente demonstrado que a interrupção precoce do AME ocorre após alta hospitalar, quando a mulher, uma vez de volta ao seu cotidiano, sofre interferências internas e externas que podem influenciar na sua decisão de amamentar. Portanto, acompanhar essas mulheres no sentido de auxiliá-las no enfrentamento das dificuldades naturalmente surgidas no processo da amamentação e atuar, efetiva e abrangentemente, ainda no período pré-natal, deveriam ser compromissos dos profissionais de saúde que estão próximos dessas nutrizes. Nessa linha de estratégia, o curso direcionado para as Unidades Básicas Amigas da Amamentação, ministrado a toda a equipe da unidade de saúde no sentido de capacitá-la para implementar os dez passos para o sucesso da amamentação, também se constitui peça-chave no treinamento desses profissionais. Faz-se necessário, no entanto, que abordemos todo esse processo de amamentação levando em consideração os aspectos biológicos, psíquicos, econômicos, sociais, religiosos e culturais que envolvem a mulher e sua família.

Algumas dificuldades encontradas durante a realização deste trabalho merecem ser salientadas. Uma delas diz respeito à base de dados de prevalência de aleitamento em nosso país. Sabemos que o Brasil vem passando por enormes transformações no campo social nos últimos anos, particularmente na assistência de saúde e na educação para populações de baixa renda. Os dados mais recentes de que dispomos, extraídos de pesquisa realizada pelo MS em 1999, certamente já estão defasados, e novos inquéritos se fazem necessários. Existe também, no geral, uma carência de trabalhos que avaliem a amamentação sob a ótica da mulher em diferentes populações. Durante a realização do trabalho, as diversidades entre os grupos de mulheres que trabalhavam fora e as que não trabalhavam foram se tornando evidentes a ponto de termos feito a divisão entre os dois segmentos para posterior análise e comparação. Dessa forma, à luz da TRS,

surgiram algumas similaridades mas importantes diferenças que se revelaram algo surpreendentes. Da mesma forma, acreditamos que a realização de trabalhos que avaliassem sujeitos em contexto social distinto do nosso, possivelmente através de outras metodologias com abordagem quantitativa e qualitativa, trariam novas e importantes informações que nos ajudariam a compreender esse universo.

Esperamos que nosso estudo, antes de ter respondido a todos os questionamentos que são suscitados num tema de tão elevada complexidade quanto a amamentação, possa ter apresentado um panorama pouco explorado acerca das representações sociais dessas mulheres. E finalmente, mercê dessa abordagem, abrir novos horizontes na compreensão dessa temática através de novas pesquisas, as quais certamente estão por vir.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. **Coopération, compétition et représentations sociales**. Cousset: Delval, 1987.

ABRIC, J.C. Les représentations sociales: aspects théorique. In: ABRIC, J. C (Ed.). **Pratiques sociale et représentations**. Paris: PUF, 1994.

ALCÂNTARA, P.; MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 6 ed. São Paulo: Sarvier; 1988.

ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: uma visão sócio- cultural. In: **Anais do I Congresso do Cone Sul de Aleitamento Materno** (Compact Disc Data Storage). 1 CD, color, sonoro. Joinvile: Videolar - Grupo Origem, 1996.

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ALVES-MAZZOTI, A . J. **Representações sociais**: aspectos teóricos e aplicações à educação. Em aberto, Brasília, ano 14, n. 61, jan./mar.;p.60-78, 1994.

ALVES-MAZZOTI, A . J.; GEWANDSZNAJDER, F. **Os métodos nas ciências naturais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

ALVIM, E. F. Estudo sobre o desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, 5: 239-60, 1964.

ANGELO, M. ; BOUSSO, R. S. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: **Manual de enfermagem: Programa Saúde da Família.** Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.p.14.

ARANTES, C. I .S. **O fenômeno da amamentação:** uma proposta compreensiva. 1991. Dissertação (Mestrado em enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

ARANTES, C. I .S. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. **Jornal de Pediatria**, v.71, n.4, p.195-202, 1995.

ARAÚJO, L. D. S. **Querer/Poder amamentar:** uma questão de representação?. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1991.

ARAÚJO, M. F. M. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: CARVALHO, MR; THAMEZ, RN. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 1-10.

ARAÚJO, M. F. M, *et.al.* Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do projeto carteiro amigo da amamentação de 1996 a 2002. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil.**, Recife, v.3, n. 2, p. 195-204, abr. jun., 2003a.

ARAÚJO, M. F. M, *et. al.* Primeira avaliação do cumprimento dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno nos hospitais amigos das criança do Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil.**, Recife, v.3, n. 4, p. 411-419, out.dez., 2003b.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

ARRUDA, A. Ecologia e desenvolvimento: representações de especialistas em formação. Spink, M. J. (org.). **O conhecimento no cotidiano.** São Paulo: Brasiliense, 1993.

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

BADINTER, E. **Um é outro**. Paris: Odile Jacob. 1986.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARDWICK, J. M. **Mulher sociedade transição**. São Paulo: Difel, 1981.

BEAUVOIR, S de. **O segundo sexo**. 4. ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1980.

BERRY, L. M. Realistic expectations of the labor coach. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, p. 354-355, set.out.1988.

BITAR, M. A. F. **Aleitamento materno**: um estudo etnográfico sobre os costumes, crenças e tabus ligados a esta prática. 1995. 200p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Pará. Belém, 1995.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: base de ação programática. Ministério da Saúde, Centro de documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1984. 27p. (série B: textos básicos de saúde).

BRASIL . **Consolidação das Leis do Trabalho**. Rio de Janeiro: Saraiva, 2004

BRASIL . **Constituição Federal**. Rio de Janeiro: Saraiva , 1988.

BRASIL. **Manual do aleitamento materno**. Normas Técnicas. Brasília: Coordenação Materno-Infantil, Ministério da Saúde, Brasília, 1997.

BRASIL. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, 2000a.

BRASIL. **Diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde , Ministério da Saúde, Brasília, 2000b.

BRASIL. **Parto, aborto e puerpério** - assistência humanizada à mulher, Ministério da Saúde, Brasília, 2001.

BRASIL. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2002. (Série A Normas e Manuais Técnicos; n. 107)

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

BRUSCHINI, B. O trabalho da mulher no Brasil: tendências recentes. In: Saffioti, H. I. B.; MUÑOZ-VARGAS, M. (orgs.). **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994. p.63-94.

BUENO, L. G. S. *et al.* Momentos do pediatra com a mãe. In: REGO , J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

CAMARGO, V. B. **Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais**. Material do curso sobre Alceste. Laboratório de Psicossociologia da Comunicação e da Cognição Social. Centro de Filosofia e Ciências Humanas - CHF, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Comunicação Social, 1998.

CAMPESTRINI, S. **Alojamento conjunto e incentivo à amamentação**. Curitiba: Universitária Champagnat, 1983.

CAMPESTRINI, S.. **Tecnologia simplificada na amamentação**. Curitiba: Universitária Champagnat, 1991.

CHODOROW, N. **Psicanálise da maternidade**: uma crítica a Freud a partir da mulher. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

CORDEIRO, M. T. Postura, posição e pega adequadas: um bom início para a amamentação. In: REGO , J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 4.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

COUTINHO, M. P. L. **Depressão infantil**: uma abordagem psicossocial. João Pessoa: Universitária, 2001.

DEL PRIORI, M. **Ao sul do corpo**: condição feminina, maternidade mentalidades no Brasil colônia. Rio de Janeiro: J. Olímpio, 1993. 452 p.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DURVEEN, G. O poder das idéias. In: MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

FARR, R. From collective to social representations: aller et retour. **Culture & Psychology**, v.4, n.3, p. 275-296, set. 1998.

FIGUEREDO, I. Aleitamento materno nas classes sociais média e alta. **Jornal de Pediatria**. v.50, n.6, p. 260-62, jun. 1981.

FRACOLLI, L. A. *et al.* A visita domiciliar sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa de saúde da família: um relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.5, n.2p. p. 78-82, jul. dez. 2003. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/Revista/revista5_2/index.html>. Acesso em: 5 maio 2006.

FREIRE, G. **Casa grande e senzala**: o escravo negro na vida sexual e de família do brasileiro. Rio de Janeiro: Record. Cap. 4, p. 282-409. 1992.: José Olympio, p.33-35, 1992.

GLAT, R. **Ser mãe e a vida continua....** Rio de Janeiro: Agir, 1993.

GOLDEBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 4. ed. São Paulo: Editora Record, p. 35-43, 2000.

GOLDEMBERG, P. **Representando a nutrição como questão social**. Campinas: Unicamp, 1988.

GOMES, M. A . S. M. **Aspectos da qualidade do atendimento à gestação e ao parto através da percepção das usuárias**. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição)/UNICEF (Fundos das Nações Unidas para a Infância). **Perfil estatístico de mães e crianças no Brasil. Aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil.** Rio de Janeiro: INAN/UNICEF, 1989.

JODELET, D. **Les représentations sociales**, Paris: PUF, 1989.

JUREMA, S. B. **Caderno promoção da saúde**. Ministério da Saúde, ano 3 n. 6, out. 2002.

KITOKO, P. M. *et al.* Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Caderno de Saúde Pública**, v.16, n. 4, p. 1111-1119, Rio de Janeiro, out. dez. 2000.

KLAUSS, M. H ; KENNEL, J. H. **Pais/Bebê a formação do apego**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LE BRETON, D. **Anthropologie de la douleur**. Paris: Metailié, 1995.

LIMA,G.M.S. Métodos especiais de lactação. In: REGO , J. D. **Aleitamento materno** . São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

LINS, R. N. **A cama na varanda**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

MALDONADO. M. T. **Maternidade e paternidade**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

MONTAGU, A . **Tocar: o significado humano da pele**. 5. ed. São Paulo: Summus, 2002.

MONTEIRO, R. **A significação do amor: o maior aprendizado da consciência**. Rio de Janeiro: Epicon, 1997.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, S.; HEWSTONE, M. **De la science au sens commun**. In: *Psychologie sociale*. Paris: PUF, 1984.

MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5 (supl.), p. S131-S141, 2004.

MULLER, M. **O matador de bebês**. Campinas: Cemicamp, 1981.

MURARO, R. M. **Um mundo em gestação**. Campinas: Verus, 2003.

NAKANO, A . M. S. **O aleitamento materno no cotidiano feminino**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 1996.

NAKANO, A . M. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser "o corpo para o filho" "e de ser "o corpo para si". **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19 supl.2, p. 355-363, Rio de Janeiro, 2003.

NÓBREGA, S. M. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A .S. P. **Representações sociais**: teoria e prática. João Pessoa: UFPB, 2001.

NOVAES, D. T. P. **Conhecimentos das mães sobre alguns aspectos do aleitamento materno**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 1978.

OLIVEIRA, D. C. Sub-projeto caracterização das condições de saúde. In: MARTINS, I. S. *et al.* **Relatório técnico final de pesquisa do projeto saúde, educação e trabalho nos municípios de Monteiro Lobato e Santo Antônio do Pinhal**. São Paulo, 1999, 187p.

OLIVEIRA, M. I. C.; GOMES, M. A. As unidades básicas amigas da amamentação: uma nova tática no apoio ao aleitamento materno. In: REGO, J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001. p.361-365.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**: o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra: OMS, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Evidência científica dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno.** Brasília: OPS, 2001.134p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) /UNICEF (Fundação das Nações Unidas), **Declaração conjunta:** o papel especial dos serviços materno-infantis. Brasília: OMS/UNICEF, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) /UNICEF (Fundação das Nações Unidas). **Aconselhamento em amamentação:** um curso de treinamento. OMS/ UNICEF, 1993.

ORLANDI, O. V. **Teoria e prática do amor à criança:** introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

OSIS, M. J. D. *et al* Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. **Revista de Saúde Pública.** v.38, n.2, p. 172-179. abr. 2004. ISSN 0034-8910

OSÓRIO, C. M *et al.* Prevalência do aleitamento materno nos módulos do Programa Saúde da Família em um município do Estado do Rio de Janeiro. **Anais do II Congresso Internacional de Bancos de Leite Humano e IV Congresso Nacional de Bancos de Leite Humano**, Brasília, (DF), 2005. 1 CD ROM.

PASTORE, J. **A mulher dos anos 2000.** Caderno de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, ano 3, n.6, out. 2002.

QUEIROZ, A. B. A. **O ser mulher e a infertilidade:** um estudo de representações sociais. 2002. 269p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

QUEIROZ, A. B. A; ARRUDA, A.; TYRREL, M. A. R. Desvendando a situação de infertilidade e seus reflexos no gênero feminino através do programa informatizado - Alceste. **Revista de Enfermagem**, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, v.7. n.3, p. 388-397, dez. 2003.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA.J.A.G. Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno-infantil em Teresina, Piauí.

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. v.3, n. 3, p.315-321 jul.set. 2003a ISSN 1519-3829.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA.J.A.G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria** , Rio de Janeiro, v.79. n.5, p. 385-390. set.out. 2003b ISSN 0021-7557.

RAMOS, L.; MENDONÇA, R. Pobreza e desigualdade de renda no Brasil. In: GIAMBIAGI, F.; VILLELA, A. (org.) **Economia brasileira contemporânea (1945-2004)**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p.355-377.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, supl.1, p. s 37-s45, 2003.

REA, M. F.; CUCKIER, R. Razões de desmame e introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. **Revista de Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 184-191, 1984.

REA, M. F.; VENANCIO, S. I.; BATISTA, L. E. *et al.* Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p.149-156, 1997.

REINERT, M. **ALCESTE. Une méthodologie d'analyse des donées textuelles et une application:** Aurélia de G de Nerval. Bulletin de méthologie sociologique; France, v. 28, p. 24-54, 1990.

RICCO, R. G. **Estudo sobre aleitamento materno em Ribeirão Preto.**1975. Dissertação (Mestrado em Medicina) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Ribeirão Preto, 1975.

ROTÂNIA, A. A. Biologia moderna, feminismo e ética. In: SCAVONE, L. **Tecnologias reprodutivas.** São Paulo: UNESP, 1996. p. 167-187.

ROTEMBERG, S. **As práticas alimentares e o cuidado de saúde da criança de baixo peso.** Dissertação (Mestrado em Saúde da criança e da mulher). Instituto Fernandes Figueira. Fiocruz. Rio de Janeiro, 1999.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representação social.** Rio de Janeiro: UERJ, 1998.106p.

SÁ, S. P. C. **Idoso**: representação social da velhice e as implicações no cuidado de si. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

SANTOS, M. de F. de S. *et al.* O mito da maternidade: discurso tradicional sob roupagem modernizante? In: MOREIRA, A S. P. **Representações sociais**: teoria e prática. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2001. p. 269-293.

SCAVONE, L. As múltiplas faces da maternidade. **Cad. Pesq**, São Paulo, v. 54, 37-49, 1985.

SILVA, A. A. M. **Amamentação**: fardo ou desejo? Estudo histórico - social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira. Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1990.

SILVA, A . V. *et al.* **Manual do aleitamento materno para serviços de saúde**. Minas Gerais. Secretaria de Saúde Municipal de Betim. 1999.

SILVA, I. A. **Amamentar**: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe, 1997.

SILVA, I. A. **Construindo perspectivas sobre assistência em amamentação**: um processo internacional. Tese de Livre Docência. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

SIMONS, D. A. Alimentos complementares ao desmame: quais, quando e como introduzi-los? In: REGO, J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

SIQUEIRA, S. R.; TOMA, T.S. As semanas mundiais de amamentação. In: REGO, J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. p. 367-384,

SOUZA, I. E. O. **O desvelar do ser-gestante diante da possibilidade de amamentação**. 1993, 103p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993, 103p.

SOUZA, M. H. N. Aleitamento materno: um estudo de intervenção em favelas de Vila Mariana, Município de São Paulo. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 93-100, 2000.

SPÍNDOLA, T. **Trabalho feminino... uma só mulher! Ambivalências do cotidiano**. Tese (Doutorado em enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

SPINK, M. J. (Org). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SZJER, M. **Nove meses na vida da mulher**: uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliar no contexto da saúde da família. In: **Manual de Enfermagem** - PSF. Ministério da Saúde, São Paulo, 2001. p. 43

TEIXEIRA, E. R. **O mel que passa**: representações sobre saúde, doença e o autocuidado. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

TEIXEIRA, M. C. **Representações sociais sobre à saúde-doença na velhice um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1999.

THIENGO, M. A. . **O HIV/AIDS nas representações sociais de adolescentes**: implicações para a assistência de enfermagem. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

THOMSON, Z. Problemas precoces e tardios das mamas: prevenção, diagnóstico e tratamento. In: REGO , J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001 .

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: pesquisa qualitativa em educação: São Paulo: Atlas, 1987.

TURBET, S. **Mulheres sem sombras**: maternidade e novas tecnologias reprodutivas. Rio de Janeiro: Rosas dos Tempos, 1996. 332p.

VAITSMAN, J. Biologia e história (ou porque a igualdade é possível). In: LABRA, M. E. **Mulheres, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989, p. 25-38.

VALE, I. N. **Amamentação ineficaz**: proposta de diagnóstico de enfermagem. 1999, 109p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

VAN ESTERICK, P.; GREINER, T. Breastfeeding and women's work: constraints and opportunities. **Stud. Fam. Plan.**, v.12, p. 184-197, 1981.

VASCONCELOS, J. V. Baixa produção de leite. In: REGO, J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

VENÂNCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 1, p. 40-49, 1998.

VILLA, T. C. S. **Aleitamento e programa de suplementação alimentar em centro de saúde- alguns fatores associados..** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Ribeirão Preto, 1985

VINHA, V. H. P. **Amamentação materna**: incentivo e cuidados. São Paulo: Sarvier, 1983.

VINHA, V. H. P. **O livro da amamentação**. São Paulo: C. L. R. Balieiro, 1999.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A.; OLIVEIRA, D. (Orgs.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 3-25.

WEBERE, M. J. G. Sexualidade e população crescimento. **Ciênc. Cult.**; n. 3, v.1, p. 1805-14, nov. 1985.

WOLFF, L. R. **Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

WORLD HEALTH ASSEMBLY RESOLUTION. **Infant and young child nutrition**. WHA 54.2, May 18th, 2001.

WORLD HEALTH ASSEMBLY RESOLUTION. **Maternal and newborn health/Safe motherhood unit, family and reproductive health**. Care in normal birth: a practical guide, 1996.

ZOBOLI, E. L. C. P; MARTINS, C. L; FORTES, P. A. C. O programa saúde da família na busca da humanização e da ética na atenção à saúde. In: **Manual de enfermagem**. Ministério da Saúde. Brasília , 2001.p. 47-50.

Apêndices

Apêndice A- Questionário para Identificar o Perfil da Clientela

Identificação

Identificação _____ Idade _____
Estado civil _____ Vive com companheiro () Sim () Não
Com quem mora _____ Religião: _____ Nível de escolaridade: _____ Bairro
onde mora _____ Casa própria () Sim () Não
Renda familiar *per capita*: _____ Possui carro () Sim () Não
Profissão: _____ Ocupação atual _____

Possui plano de saúde () Sim () Não
 O bairro dispõe de alguma área de lazer? () Não () Sim, qual? _____
 Possui algum hábito como: Leitura de Jornal () Revista () Livro () Outros? Quais?
 Participa de alguma atividade social? () Sim () Não Qual? _____

2- História pregressa obstétrica

Gesta: _____ Para _____ Aborto _____
 Aborto provocado _____ Aborto espontâneo _____
 Parto normal _____ Parto cesárea _____

3- História obstétrica atual

Que tipo de parto você teve?
 Essa gravidez foi planejada () Sim () Não Desejada () Sim () Não
 Teve apoio da família () Sim () Não Do companheiro () Sim () Não
 Quantos meses seu filho têm?

4- História pregressa da amamentação

Você amamentou seus filhos anteriormente? () Sim () Não
 Exclusivamente () Sim () Não Até que idade? _____
 Como foi a amamentação anteriormente?

Apêndice B - Roteiro de Aplicação do Teste de Associação livre de Idéias.

Diga três palavras ou expressões que lhe vem à mente quando se fala em amamentação, leite do peito, dar só peito e tirar do peito.

Apêndice C - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada

- 1- Me conta como foi o nascimento de seu filho?
- 2- Quando ele começou a mamar no peito e como foi para você?
- 3- Como você alimenta seu filho atualmente?
- 4- Esses outros alimentos quando você iniciou?

- 5- Por quê você iniciou esses outros alimentos?
- 6- O que você sabe sobre amamentação?
- 7- Como você soube?
- 8- O que significa para você (mulher, trabalhadora) dar de mamar?
- 9- Você vê alguma importância da amamentação para seu filho?
- 10- Como está sua vida, o seu cotidiano com seu bebê tendo que alimentar?
- 11- Como você se sente frente a tudo isso?
- 12- Em relação a amamentação, a prática de amamentar, você recebe apoio da família e de outras pessoas?
- 13- Se você pudesse definir o que é amamentação, como você faria?
- 14- Você acha que toda mulher pode amamentar? Por quê?
- 15- Em relação a dar só peito como você vê essa prática?
- 16- Você acha que tem diferença entre dar o peito e dar mamadeira?
- 17- Você acha que tem algum problema para o futuro do seu filho estar dando mamadeira e peito?

Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada "Representações sociais acerca da amamentação para mulheres que interromperam precocemente o aleitamento materno exclusivo: um estudo de enfermagem", que se propõe a desvendar e analisar as implicações da interrupção do aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses de idade da criança.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. As entrevistas serão gravadas em fitas cassetes e a identificação será feita através de nomes de flores para proteger e assegurar sua privacidade.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode se recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa consiste em você responder perguntas do formulário. Essa pesquisa não traz risco à sua saúde, nem desconforto, nem gastos de qualquer natureza.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Desde já, agradeço a sua colaboração neste estudo
Atenciosamente,

Cácia Mônica Osório

Assinatura

Autorização

Eu, _____ autorizo o uso de gravador para registrar a minha entrevista, para ser utilizada, sem restrições, desde a presente data. Autorizo ainda, a sua escuta e o uso das citações a terceiros, ficando vinculado o controle a Enfermeira Cácia Mônica Osório, aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery, com intuito de realizar sua pesquisa referida acima.

Resende ____/____/____

Segue o endereço e o telefone para contato com o pesquisador, caso você julgue necessário: Rua Augusto Xavier, 510 Resende - Rio de Janeiro Tel: 33601983

ANEXO A - Comissão de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/

Hospital Escola São Francisco de Assis

ANEXO B - Relatório do Programa Informatizado Alceste

* Logiciel ALCESTE (4.5 - 01/10/99) *

 Plan de l'analyse :ENTREVIS.pl ; Date : 22/11/**; Heure : 11:45:14

C:\Arquivos de programas\Alceste\&&_0\

ENTREVISTACASSIA2.txt

ET 1 1 1 1

A 1 1 1

B 1 1 1

C 1 1 1

D 1 1 1 0 0

A1 1 0 0

A2 3 0

A3 1 1 0

B1 0 4 0 1 1 0 1 1 0

B2 2 2 0 0 0 0 0 0

B3 10 4 1 1 0 0 0 0 0 0

C1 0 121

C2 0 2

C3 0 0 1 1 1 2

D1 0 2 2

D2 0

D3 5 a 2

D4 1 -2 1

D5 0 0

 A1: Lecture du corpus

A12 : Traitement des fins de ligne du corpus :

N° marque de la fin de ligne :

Nombre de lignes étoilées : 30

 A2: Calcul du dictionnaire

Nombre de formes distinctes : 3325

Nombre d'occurrences : 73534

Fréquence moyenne par forme : 22

Nombre de hapax : 1403

Fréquence maximum d'une forme : 2937

82.80% des formes de fréq. < 13 recouvrent 10.20% des occur.;

91.76% des formes de fréq. < 38 recouvrent 20.01% des occur.;

95.85% des formes de fréq. < 80 recouvrent 30.13% des occur. ;
 97.68% des formes de fréq. < 171 recouvrent 40.02% des occur. ;
 98.68% des formes de fréq. < 289 recouvrent 50.47% des occur. ;
 99.25% des formes de fréq. < 492 recouvrent 60.37% des occur. ;
 99.61% des formes de fréq. < 747 recouvrent 70.27% des occur. ;
 99.82% des formes de fréq. < 1433 recouvrent 81.35% des occur. ;
 99.94% des formes de fréq. < 2593 recouvrent 92.11% des occur. ;
 100.00% des formes de fréq. < 2937 recouvrent 100.00% des occur. ;

 A3 : Liste des clés et valeurs d'analyse (ALC_CLE) :

A 1 Adjectifs et adverbes
 B 1 Adverbes en "ment"
 C 1 Couleurs
 D 1 Mois/jour
 E 1 Epoques/ Mesures
 F 1 Famille
 G 1 Lieux, pays
 I 2 Interjections
 J 2 Nombres
 K 0 Nombres en chiffre
 M 2 Mots en majuscules
 N 1 Noms
 U 1 Mots non trouvés dans DICIN (si existe)
 V 1 Verbes
 W 2 Prénoms
 X 2 Formes non reconnues et fréquentes
 Y 1 Formes reconnues mais non codées
 0 2 Mots outils non classés
 1 2 Verbes modaux (ou susceptibles de l'être)
 2 2 Marqueurs d'une modalisation (mots outils)
 3 2 Marqueurs d'une relation spatiale (mots outils)
 4 2 Marqueurs d'une relation temporelle (mots outils)
 5 2 Marqueurs d'une intensité (mots outils)
 6 2 Marqueurs d'une relation discursive (mots outils)
 7 2 Marqueurs de la personne (mots outils)
 8 2 Démonstratifs, indéfinis et relatifs (mots outils)
 9 2 Auxiliaires être et avoir (mots outils)
 1 Formes non reconnues

A34 : Fréquence maximale d'un mot analysé : 3000

Nombre de mots analysés : 2841

Nombre de mots supplémentaires de type "r" : 156
 Nombre de mots supplémentaires de type "s" : 63
 Nombre d'occurrences retenues : 72079
 Moyenne par mot : 23.177510
 Nombre d'occurrences analysables (fréq.> 3) : 51055 soit 73.499560%
 Nombre d'occurrences supplémentaires : 18408
 Nombre d'occurrences hors fenêtre fréquence : 2616

 B1: Sélection des uce et calcul des données

B11: Le nom du dossier des résultats est &&_0
 B12: Fréquence minimum d'un "mot" analysé : 4
 B13: Fréquence maximum d'un "mot" retenu : 9999
 B14: Fréquence minimum d'un "mot étoilé" : 1
 B15: Code de fin d'U.C.E. : 1
 B16: Nombre d'occurrences par U.C.E. : 29
 B17: Elimination des U.C.E. de longueur < 0

Fréquence minimum finale d'un "mot" analysé : 4
 Fréquence minimum finale d'un "mot étoilé" : 1

Nombre de mots analysés : 1068
 Nombre de mots supplémentaires de type "r" : 99
 Nombre total de mots : 1167
 Nombre de mots supplémentaires de type "s" : 63
 Nombre de lignes de B1_DICB : 1230

Nombre d'occurrences analysées : 51055

Nombre d'u.c.i. : 30
 Nombre moyen de "mots" analysés / u.c.e. : 30.480600
 Nombre d'u.c.e. : 1675
 Nombre d'u.c.e. sélectionnées : 1675
 100.00% des u.c.e. sont sélectionnées
 Nombre de couples : 59460

 B2: Calcul de DONN.1

Nombre de mots par unité de contexte : 28
 Nombre d'unités de contexte : 1166

 B2: Calcul de DONN.2

Nombre de mots par unité de contexte : 32
 Nombre d'unités de contexte : 1061

 B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.1

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4
 0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre
 Nombre d'items analysables : 854
 Nombre d'unités de contexte : 1166
 Nombre de "1" : 38517

 B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.2

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4
 0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre
 Nombre d'items analysables : 852
 Nombre d'unités de contexte : 1061
 Nombre de "1" : 37939

 C1: intersection des classes

Nom du dossier traité C:\Arquivos de programas\Alceste\&&_0\
 Suffixe de l'analyse :121
 Date de l'analyse :22/11/**
 Intersection des classes RCDH1 et RCDH2

Nombre minimum d'uce par classe : 84

DONN.1 Nombre de mots par uc : 28
 Nombre d'uc : 1166

DONN.2 Nombre de mots par uc : 32
 Nombre d'uc : 1061

1406 u.c.e classées sur 1675 soit 83.94 %

Nombre d'u.c.e. distribuées: 1637

Tableau croisant les deux partitions :

RCDH1 * RCDH2

classe *	1	2	3	4
poids *	196	617	570	254
1 227 *	192	8	13	14
2 633 *	2	580	30	21
3 484 *	1	22	438	23
4 293 *	1	7	89	196

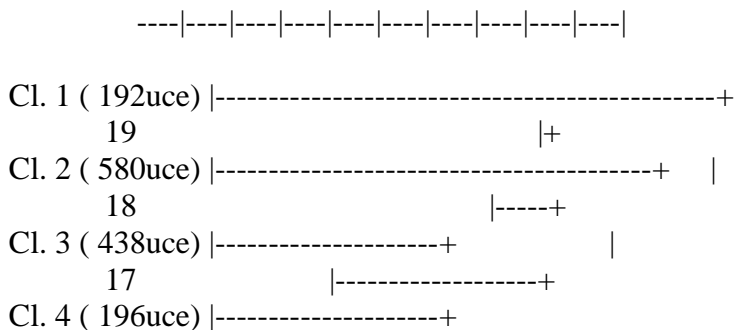
Tableau des chi2 (signés) :

RCDH1 * RCDH2

classe *	1	2	3	4
poids *	196	617	570	254
1 227 *	1318	-131	-98	-17
2 633 *	-133	1278	-411	-117
3 484 *	-90	-321	938	-60
4 293 *	-45	-189	-3	718

Classification Descendante Hiérarchique...

Dendrogramme des classes stables (à partir de B3_rcdh1) :



Classification Descendante Hiérarchique...

Dendrogramme des classes stables (à partir de B3_rcdh2) :

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

Cl. 1 (192uce) |-----+
 19 |+

Cl. 2 (580uce) |-----+ |
 18 |-----+

Cl. 3 (438uce) |-----+ |
 17 |-----+

Cl. 4 (196uce) |-----+

 C2: profil des classes

Chi2 minimum pour la sélection d'un mot : 4.69

Nombre de mots (formes réduites) : 1167
 Nombre de mots analysés : 1068
 Nombre de mots "hors-corpus" : 63
 Nombre de classes : 4

1406 u.c.e. classées soit 83.940300%

Nombre de "1" analysés : 34420
 Nombre de "1" suppl. ("r") : 10253

Distribution des u.c.e. par classe...

1eme classe : 192. u.c.e. 4763. "1" analysés ; 1258. "1" suppl..
 2eme classe : 580. u.c.e.13500. "1" analysés ; 4825. "1" suppl..
 3eme classe : 438. u.c.e.11167. "1" analysés ; 2919. "1" suppl..
 4eme classe : 196. u.c.e. 4990. "1" analysés ; 1251. "1" suppl..

 Classe n° 1 => Contexte A

Nombre d'u.c.e. : 192. soit : 13.66 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 6021. soit : 13.48 %
 Nombre de mots analysés par uce : 24.81

num effectifs pourc. chi2 identification

1	4.	4.	100.00	25.36	A dore+
8	4.	11.	36.36	4.85	A lega+l
10	13.	43.	30.23	10.34	A norma+l
18	109.	174.	62.64	404.16	N foi

19	6.	16.	37.50	7.80	N fosse+
26	4.	4.	100.00	25.36	N sol
32	5.	10.	50.00	11.28	V calm+er
47	44.	59.	74.58	193.84	V fuir.
71	34.	35.	97.14	212.18	V sal+er
72	32.	53.	60.38	101.96	V sentir.
86	5.	8.	62.50	16.28	Y medica<
102	12.	37.	32.43	11.36	achei
105	4.	4.	100.00	25.36	acompanhou
132	5.	5.	100.00	31.73	aguentar
142	4.	5.	80.00	18.73	ajudou
152	11.	13.	84.62	56.03	alta
166	4.	4.	100.00	25.36	anestesia
168	4.	11.	36.36	4.85	ansiosa
183	4.	5.	80.00	18.73	ar
191	5.	5.	100.00	31.73	assistiu
208	44.	193.	22.80	15.86	bem
212	10.	27.	37.04	12.76	bico+
213	12.	30.	40.00	18.04	boa
253	9.	9.	100.00	57.27	cesarea+
264	14.	17.	82.35	68.87	chegou
265	7.	10.	70.00	27.12	cheguei
272	12.	43.	27.91	7.64	chorava
274	3.	3.	100.00	19.01	chorou
279	9.	15.	60.00	27.62	cima
290	7.	7.	100.00	44.48	colocaram
294	3.	6.	50.00	6.75	coloquei
299	17.	24.	70.83	67.70	comecou
305	19.	62.	30.65	15.88	comigo
314	86.	475.	18.11	12.04	com+
322	14.	53.	26.42	7.60	consegui+
327	3.	4.	75.00	12.80	continuei
329	2.	3.	66.67	7.17	conversava
373	10.	11.	90.91	56.12	demorou
374	9.	29.	31.03	7.58	dentro
376	47.	162.	29.01	36.62	depois
389	6.	13.	46.15	11.75	desisti+
390	8.	29.	27.59	4.87	dess+
391	22.	82.	26.83	12.82	deu+
400	8.	17.	47.06	16.28	direitinho
415	3.	6.	50.00	6.75	doendo
417	6.	8.	75.00	25.68	doer
418	14.	17.	82.35	68.87	doeu
419	8.	24.	33.33	8.02	doi+
420	5.	7.	71.43	19.91	dolorido+
422	28.	46.	60.87	89.91	dor
427	8.	24.	33.33	8.02	duas

435	7.	11.	63.64	23.49	embora
436	4.	4.	100.00	25.36	emocionante
438	11.	15.	73.33	45.80	enfermeira+
445	2.	3.	66.67	7.17	enrolada
446	5.	5.	100.00	31.73	ensinaram
452	5.	5.	100.00	31.73	entrou
458	3.	5.	60.00	9.14	esperando
462	5.	9.	55.56	13.49	esposo
472	63.	150.	42.00	114.41	estava
473	4.	5.	80.00	18.73	estavam
486	6.	8.	75.00	25.68	experiencia+
500	12.	43.	27.91	7.64	falou
529	24.	67.	35.82	29.31	ficou
533	67.	113.	59.29	217.04	fique+
534	23.	31.	74.19	98.53	fiz
550	4.	5.	80.00	18.73	gestacao
555	20.	25.	80.00	95.01	gostei
558	9.	29.	31.03	7.58	gostoso
560	11.	35.	31.43	9.62	graca+
568	45.	197.	22.84	16.40	hora+
569	5.	8.	62.50	16.28	horriavel
570	5.	9.	55.56	13.49	hospital
571	20.	62.	32.26	19.04	ia
578	6.	6.	100.00	38.10	incubadora
589	3.	5.	60.00	9.14	internada+
599	31.	139.	22.30	9.78	ja
606	4.	4.	100.00	25.36	laqueadura
609	3.	4.	75.00	12.80	largou
620	6.	6.	100.00	38.10	levaram
624	4.	4.	100.00	25.36	levou
629	3.	5.	60.00	9.14	liguei
631	3.	6.	50.00	6.75	lindo
632	3.	4.	75.00	12.80	liquido
633	12.	36.	33.33	12.13	logo
637	4.	5.	80.00	18.73	machucou
642	4.	7.	57.14	11.28	mamada+
649	38.	67.	56.72	110.63	mamou
656	7.	7.	100.00	44.48	maravilhoso
658	4.	6.	66.67	14.36	massagem
659	35.	45.	77.78	162.11	maternidade
662	12.	41.	29.27	8.73	medico+
664	27.	49.	55.10	73.96	medo
667	3.	6.	50.00	6.75	melhorar
668	6.	14.	42.86	10.23	melhorou
677	70.	348.	20.11	16.36	meu
684	5.	13.	38.46	6.85	momento+
694	85.	458.	18.56	13.85	muito+

697	71.	286.	24.83	37.99	na
703	45.	60.	75.00	200.03	nasceu
704	13.	19.	68.42	48.99	nasce+
705	10.	11.	90.91	56.12	nascimento
713	3.	5.	60.00	9.14	nervoso
714	26.	50.	52.00	64.65	nervos+
731	7.	7.	100.00	44.48	ocorreu
733	7.	14.	50.00	15.84	oito
739	3.	4.	75.00	12.80	onibus
740	4.	4.	100.00	25.36	operar
745	6.	10.	60.00	18.35	otimo
748	5.	5.	100.00	31.73	oxigenio
763	4.	6.	66.67	14.36	participei
764	45.	45.	100.00	293.94	parto
765	15.	15.	100.00	95.87	parto_cesarea
766	12.	12.	100.00	76.53	parto_normal
771	4.	9.	44.44	7.28	passei
777	2.	3.	66.67	7.17	pedi+
780	11.	32.	34.38	11.92	pegar
781	7.	14.	50.00	15.84	pegava
783	15.	24.	62.50	49.40	pegou
790	10.	18.	55.56	27.15	pensei
811	12.	18.	66.67	43.46	podia
819	10.	37.	27.03	5.76	posto+
837	3.	4.	75.00	12.80	preparada
840	19.	20.	95.00	113.86	pressao
843	15.	26.	57.69	43.57	pre_natal
844	16.	29.	55.17	43.29	primeira
845	13.	49.	26.53	7.14	primeiro+
854	3.	4.	75.00	12.80	proprio
869	26.	28.	92.86	151.99	quarto
884	4.	7.	57.14	11.28	rachadura
885	8.	10.	80.00	37.60	rachar
886	2.	3.	66.67	7.17	rachava
887	15.	25.	60.00	46.36	rachou
892	7.	13.	53.85	17.98	rapidinho
893	9.	32.	28.13	5.81	rapido+
910	4.	5.	80.00	18.73	rostinho
917	11.	21.	52.38	27.11	sabia
918	5.	5.	100.00	31.73	saindo
920	12.	13.	92.31	68.84	saiu
922	2.	3.	66.67	7.17	sangrar
923	3.	5.	60.00	9.14	sangrou
924	10.	10.	100.00	63.68	sangue
943	5.	7.	71.43	19.91	sensacao
945	5.	13.	38.46	6.85	sentia
947	5.	8.	62.50	16.28	sentindo

951	7.	20.	35.00	7.84	sete
961	3.	4.	75.00	12.80	sofri+
967	21.	49.	42.86	36.72	sozinha+
968	4.	4.	100.00	25.36	subiu
984	8.	24.	33.33	8.02	tava
996	10.	31.	32.26	9.30	teve
997	25.	121.	20.66	5.51	tinha
1003	26.	118.	22.03	7.67	tive+
1005	3.	4.	75.00	12.80	todinho
1017	12.	42.	28.57	8.17	tranquila
1018	16.	46.	34.78	18.00	tranquilo
1039	2.	3.	66.67	7.17	veio
1050	4.	10.	40.00	5.93	vim
1053	4.	11.	36.36	4.85	vinte
1056	4.	6.	66.67	14.36	viu
1071 *	121.	804.	15.05	3.09 *	o
1073 *	5.	12.	41.67	8.05 *	0 mal
1074 *	3.	7.	42.86	5.09 *	0 vi
1083 *	9.	21.	42.86	15.42 *	7 mes
1088 *	19.	75.	25.33	9.16 *	9 ai
1098 *	5.	19.	26.32	2.62 *	M ALIMENTA
1104 *	65.	172.	37.79	96.81 *	M COMO
1110 *	28.	88.	31.82	26.26 *	M DE
1115 *	2.	4.	50.00	4.49 *	M ELA
1118 *	12.	12.	100.00	76.53 *	M ESSA
1124 *	16.	45.	35.56	18.91 *	M FILHA
1125 *	19.	57.	33.33	19.51 *	M FILHO
1126 *	56.	57.	98.25	360.53 *	M FOI
1134 *	28.	29.	96.55	172.57 *	M MAMADA
1139 *	30.	30.	100.00	193.82 *	M NASCIMENTO
1149 *	27.	28.	96.43	166.00 *	M PRIMEIRA
1158 *	19.	69.	27.54	11.86 *	M SEU
1162 *	16.	60.	26.67	9.00 *	M SUA
1171 *	55.	335.	16.42	2.85 *	*ame_04
1173 *	12.	59.	20.34	2.33 *	*apf_01
1185 *	30.	159.	18.87	4.13 *	*idf_03
1204 *	12.	59.	20.34	2.33 *	*ind_09

Nombre de mots sélectionnés : 182

 Classe n° 2 => Contexte B

Nombre d'u.c.e. : 580. soit : 41.25 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 18325. soit : 41.02 %
 Nombre de mots analysés par uce : 23.28

num effectifs pourc. chi2 identification

3	69.	77.	89.61	78.61	A fort+
4	20.	28.	71.43	10.74	A grand+
5	5.	5.	100.00	7.15	A grave+
11	16.	17.	94.12	19.84	A sobre+
12	46.	80.	57.50	9.24	N bebe+
23	65.	123.	52.85	7.48	N os
34	38.	69.	55.07	5.72	V caus+er
37	7.	7.	100.00	10.02	V cri+er
38	7.	8.	87.50	7.10	V dependre.
43	17.	17.	100.00	24.51	V evit+er
44	6.	6.	100.00	8.58	V exist+er
46	7.	8.	87.50	7.10	V form+er
52	4.	4.	100.00	5.71	V mentir.
59	26.	34.	76.47	17.83	V pass+er
64	54.	69.	78.26	41.01	V precis+er
67	80.	82.	97.56	113.93	V proteg+er
75	42.	47.	89.36	46.44	V sustent+er
78	7.	9.	77.78	4.99	V tir+er
79	23.	28.	82.14	19.71	V vari+er
82	58.	88.	65.91	23.55	Y aliment<
85	46.	60.	76.67	32.44	Y import+ant
88	35.	54.	64.81	12.87	Y problem<
93	4.	4.	100.00	5.71	acabei
103	253.	352.	71.88	181.70	acho
104	4.	4.	100.00	5.71	acompanha
122	9.	11.	81.82	7.53	acredito
127	6.	6.	100.00	8.58	adulto+
154	11.	12.	91.67	12.69	amamenta
155	49.	55.	89.09	54.05	amamentacao
157	92.	179.	51.40	8.71	amamentar
160	9.	9.	100.00	12.90	amamentou
163	17.	21.	80.95	13.86	amor
170	9.	9.	100.00	12.90	anticorpos
171	20.	30.	66.67	8.17	ao
177	14.	16.	87.50	14.28	aprend+
201	8.	8.	100.00	11.46	bacteria+
210	4.	4.	100.00	5.71	beneficio+
217	88.	134.	65.67	36.45	bom
232	14.	17.	82.35	12.00	caido
233	23.	31.	74.19	14.19	cai+
243	34.	49.	69.39	16.58	carinho
246	4.	4.	100.00	5.71	caro
250	12.	13.	92.31	14.11	certeza
266	9.	10.	90.00	9.88	cheio
308	8.	9.	88.89	8.48	completo
317	7.	8.	87.50	7.10	conhece+

318	10.	10.	100.00	14.34	conheco
324	15.	20.	75.00	9.53	contato
325	7.	7.	100.00	10.02	contem
328	13.	13.	100.00	18.69	contra
340	5.	5.	100.00	7.15	crescendo
341	18.	21.	85.71	17.39	crece+
342	9.	9.	100.00	12.90	crescimento
343	228.	301.	75.75	188.05	crianca+
352	181.	371.	48.79	11.81	da
360	35.	49.	71.43	19.08	das
369	11.	16.	68.75	5.05	deix+
386	4.	4.	100.00	5.71	desenvolveu
387	13.	14.	92.86	15.54	desenvolve+
388	11.	11.	100.00	15.79	desenvolvimento
392	15.	20.	75.00	9.53	deve
395	45.	46.	97.83	62.81	diferenca
408	6.	6.	100.00	8.58	dizem
410	5.	5.	100.00	7.15	dizia
412	218.	365.	59.73	69.43	do
414	80.	82.	97.56	113.93	doenca+
416	53.	57.	92.98	65.60	doente+
429	5.	5.	100.00	7.15	duvida+
437	25.	32.	78.13	18.37	enche+
439	5.	5.	100.00	7.15	engorda
444	20.	28.	71.43	10.74	enquanto
461	4.	4.	100.00	5.71	esperto
464	4.	4.	100.00	5.71	esquentar
485	7.	8.	87.50	7.10	evitar
488	20.	31.	64.52	7.08	facil
492	19.	27.	70.37	9.63	falam
495	11.	13.	84.62	10.18	falaram
496	22.	30.	73.33	13.02	falava
506	6.	6.	100.00	8.58	favor
507	47.	73.	64.38	17.00	faz
519	8.	8.	100.00	11.46	ferve+
521	148.	254.	58.27	37.04	fica
531	101.	192.	52.60	11.83	filho+
540	13.	16.	81.25	10.68	fraco
544	25.	26.	96.15	32.95	futuro
551	9.	9.	100.00	12.90	gorda
552	5.	5.	100.00	7.15	gordura
562	7.	8.	87.50	7.10	grip+
572	11.	14.	78.57	8.13	idade
574	20.	24.	83.33	17.84	igual
575	8.	9.	88.89	8.48	importancia
576	5.	5.	100.00	7.15	imunidade
579	5.	5.	100.00	7.15	infeccao

580	4.	4.	100.00	5.71	infeccoes
587	6.	7.	85.71	5.74	inteligente+
590	4.	4.	100.00	5.71	internado
598	95.	193.	49.22	5.87	isso
613	245.	336.	72.92	182.67	leite+
639	104.	204.	50.98	9.32	mae+
640	13.	18.	72.22	7.22	maior+
643	144.	261.	55.17	25.63	mamadeira+
646	4.	4.	100.00	5.71	mamaram
648	6.	6.	100.00	8.58	mamei
660	9.	9.	100.00	12.90	materno
663	4.	4.	100.00	5.71	medida
669	73.	111.	65.77	29.88	melhor+
673	24.	37.	64.86	8.74	menos
693	63.	101.	62.38	20.04	muita+
695	66.	83.	79.52	53.30	mulher+
742	4.	4.	100.00	5.71	organismo
752	16.	17.	94.12	19.84	palestra+
758	16.	23.	69.57	7.73	parece
784	375.	660.	56.82	124.37	peito+
785	12.	16.	75.00	7.61	pelo+
795	27.	34.	79.41	20.94	pequeno+
807	9.	10.	90.00	9.88	pneumonia
810	57.	99.	57.58	11.71	pode+
812	4.	4.	100.00	5.71	poe+
815	4.	4.	100.00	5.71	ponto
819	26.	37.	70.27	13.20	posto+
838	6.	7.	85.71	5.74	preparar
842	8.	8.	100.00	11.46	previne
855	10.	11.	90.91	11.28	protecao
856	6.	6.	100.00	8.58	protegido
857	10.	10.	100.00	14.34	proteina+
859	5.	5.	100.00	7.15	proxima
865	15.	23.	65.22	5.54	qualquer
867	6.	6.	100.00	8.58	quantidade
891	6.	7.	85.71	5.74	ralo
893	20.	32.	62.50	6.10	rapido+
899	4.	4.	100.00	5.71	refletir
902	10.	10.	100.00	14.34	resfriada
903	25.	27.	92.59	29.94	resfriado+
925	17.	25.	68.00	7.51	sao
926	10.	14.	71.43	5.31	satisfeita
927	7.	9.	77.78	4.99	satisfeito
928	35.	41.	85.37	33.91	saudavel
929	52.	67.	77.61	38.38	saud+
930	4.	4.	100.00	5.71	seca
931	6.	7.	85.71	5.74	sede

934	6.	6.	100.00	8.58	seguro
937	98.	140.	70.00	53.02	sei+
948	35.	62.	56.45	6.18	ser
952	19.	26.	73.08	11.07	seu+
956	35.	44.	79.55	27.48	sim
970	6.	7.	85.71	5.74	suficiente
975	6.	7.	85.71	5.74	sustentar
979	8.	9.	88.89	8.48	tamanho
980	100.	208.	48.08	4.69	tambem
982	19.	29.	65.52	7.19	tanto
986	276.	454.	60.79	105.65	tem
988	6.	6.	100.00	8.58	temperatura
1030	16.	18.	88.89	17.07	vaca
1031	72.	118.	61.02	20.76	vai
1040	13.	20.	65.00	4.72	vejo
1042	6.	7.	85.71	5.74	velho
1055	51.	57.	89.47	57.00	vitamina+
1060	60.	98.	61.22	17.34	voce+
1069 *	350.	811.	43.16	2.87 *	a
1070 *	497.	1159.	42.88	7.23 *	e
1071 *	370.	804.	46.02	17.62 *	o
1072 *	4.	4.	100.00	5.71 *	0 entre
1079 *	229.	414.	55.31	47.88 *	6 mais
1085 *	99.	202.	49.01	5.86 *	7 se
1086 *	5.	7.	71.43	2.64 *	7 ta
1087 *	511.	1092.	46.79	61.99 *	8 qu+
1094 *	139.	306.	45.42	2.81 *	M A
1095 *	78.	80.	97.50	110.74 *	M ACHA
1096 *	25.	26.	96.15	32.95 *	M ALGUM
1097 *	21.	24.	87.50	21.55 *	M ALGUMA
1100 *	92.	110.	83.64	88.46 *	M AMAMENTACAO
1101 *	34.	56.	60.71	9.12 *	M AMAMENTAR
1106 *	27.	42.	64.29	9.48 *	M DA
1107 *	26.	28.	92.86	31.39 *	M DANDO
1108 *	41.	55.	74.55	26.18 *	M DAR
1111 *	21.	26.	80.77	17.07 *	M DEFINIR
1112 *	29.	29.	100.00	42.17 *	M DIFERENCA
1113 *	7.	8.	87.50	7.10 *	M DO
1114 *	159.	271.	58.67	42.03 *	M E
1117 *	29.	29.	100.00	42.17 *	M ENTRE
1120 *	26.	27.	96.30	34.42 *	M ESTAR
1123 *	22.	27.	81.48	18.38 *	M FARIA
1125 *	31.	57.	54.39	4.23 *	M FILHO
1127 *	21.	26.	80.77	17.07 *	M FOSSE
1129 *	27.	28.	96.43	35.89 *	M FUTURO
1130 *	19.	24.	79.17	14.48 *	M IMPORTANCIA
1135 *	58.	59.	98.31	82.72 *	M MAMADEIRA

1137 * 27. 28. 96.43 35.89 * M MULHER
 1140 * 211. 352. 59.94 67.69 * M O
 1143 * 55. 79. 69.62 27.80 * M PARA
 1144 * 58. 59. 98.31 82.72 * M PEITO
 1146 * 28. 29. 96.55 37.36 * M PODE
 1150 * 26. 27. 96.30 34.42 * M PROBLEMA
 1152 * 119. 142. 83.80 118.01 * M QUE
 1155 * 26. 28. 92.86 31.39 * M SABE
 1160 * 51. 54. 94.44 65.56 * M SOBRE
 1161 * 25. 26. 96.15 32.95 * M SOUBE
 1163 * 51. 52. 98.08 71.95 * M TEM
 1164 * 28. 29. 96.55 37.36 * M TODA
 1166 * 25. 44. 56.82 4.54 * M VE
 1167 * 174. 284. 61.27 58.83 * M VOCE
 1168 * 136. 280. 48.57 7.73 * *ame_01
 1175 * 15. 27. 55.56 2.32 * *apf_b
 1176 * 172. 364. 47.25 7.30 * *esc_a
 1178 * 161. 360. 44.72 2.40 * *esc_c
 1181 * 194. 439. 44.19 2.28 * *ges_b
 1183 * 78. 152. 51.32 7.12 * *ges_d
 1189 * 26. 41. 63.41 8.56 * *idf_1
 1197 * 26. 41. 63.41 8.56 * *ind_02
 1199 * 20. 36. 55.56 3.12 * *ind_04
 1205 * 19. 36. 52.78 2.03 * *ind_10
 1209 * 15. 27. 55.56 2.32 * *ind_14
 1216 * 30. 57. 52.63 3.17 * *ind_21
 1218 * 32. 56. 57.14 6.08 * *ind_23
 1224 * 19. 33. 57.58 3.72 * *ind_29

Nombre de mots sélectionnés : 215

 Classe n° 3 => Contexte C

Nombre d'u.c.e. : 438. soit : 31.15 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 14086. soit : 31.53 %
 Nombre de mots analysés par uce : 25.50

num effectifs pourc. chi2 identification

13 5. 6. 83.33 7.65 N cafe+
 15 8. 10. 80.00 11.20 N creche+
 22 190. 479. 39.67 24.55 N mas
 27 28. 40. 70.00 28.97 N sou+
 28 80. 160. 50.00 29.90 N tempo
 31 4. 5. 80.00 5.58 V brav+er
 33 91. 131. 69.47 98.87 V cas+er

35	20.	26.	76.92	25.87	V cont+er
40	42.	97.	43.30	7.17	V dormir.
42	9.	10.	90.00	16.26	V entendre.
48	4.	5.	80.00	5.58	V import+er
49	5.	6.	83.33	7.65	V lav+er
54	34.	48.	70.83	36.49	V mouvoir.
56	4.	4.	100.00	8.87	V paitre.
60	20.	27.	74.07	23.65	V pa+yer
66	4.	5.	80.00	5.58	V procur+er
69	8.	8.	100.00	17.78	V reclam+er
70	15.	23.	65.22	12.65	V ru+er
76	6.	9.	66.67	5.33	V su+er
80	20.	36.	55.56	10.26	V vid+er
89	10.	10.	100.00	22.26	Y responsa<
91	8.	10.	80.00	11.20	Y triste+
94	5.	6.	83.33	7.65	acabo
99	4.	5.	80.00	5.58	acham
106	8.	11.	72.73	8.93	aconteceu
114	6.	7.	85.71	9.76	acordo
117	4.	4.	100.00	8.87	acostumado
120	6.	9.	66.67	5.33	acostumei
125	6.	8.	75.00	7.21	adiant+
126	6.	6.	100.00	13.32	adoro
138	11.	11.	100.00	24.50	ajudam
139	5.	6.	83.33	7.65	ajudando
140	12.	20.	60.00	7.87	ajudar
141	5.	6.	83.33	7.65	ajudava
143	50.	69.	72.46	57.74	ajud+
150	6.	9.	66.67	5.33	almocar
162	4.	4.	100.00	8.87	amigo+
175	18.	26.	69.23	17.91	apoio
178	4.	4.	100.00	8.87	aproveitar
181	21.	31.	67.74	19.79	aqui
186	6.	6.	100.00	13.32	arruma
187	35.	38.	92.11	67.65	arrumar
188	4.	5.	80.00	5.58	arrumava
189	5.	5.	100.00	11.09	arrumo
194	10.	14.	71.43	10.70	atencao
195	3.	3.	100.00	6.64	atend+
197	5.	5.	100.00	11.09	atrapalhou
198	13.	14.	92.86	25.10	atrapalh+
199	3.	3.	100.00	6.64	atrasada+
205	15.	17.	88.24	26.14	banho
207	31.	62.	50.00	10.74	bast+
223	11.	12.	91.67	20.67	briga+
224	5.	5.	100.00	11.09	brinca
226	6.	9.	66.67	5.33	brincar

230	9.	9.	100.00	20.02	cabelo
238	8.	9.	88.89	14.08	cansaco
239	49.	77.	63.64	40.08	cansada
241	20.	27.	74.07	23.65	cansativo
242	6.	8.	75.00	7.21	cara
247	10.	15.	66.67	8.92	carrinho
260	21.	23.	91.30	39.45	chega
278	4.	4.	100.00	8.87	cidade
283	111.	241.	46.06	30.13	coisa+
285	7.	11.	63.64	5.45	colegio
288	27.	37.	72.97	30.99	colo
292	6.	8.	75.00	7.21	coloco
309	3.	3.	100.00	6.64	complicada
310	16.	24.	66.67	14.36	complicado+
313	5.	6.	83.33	7.65	compro
315	6.	9.	66.67	5.33	conciliar
323	36.	45.	80.00	51.72	consigo
338	7.	11.	63.64	5.45	corrido
339	6.	6.	100.00	13.32	cozinha
344	6.	6.	100.00	13.32	cuida
347	53.	61.	86.89	92.35	cuidar
350	8.	10.	80.00	11.20	cuido
364	5.	5.	100.00	11.09	deito
365	19.	35.	54.29	8.96	deixar
368	15.	18.	83.33	23.15	deixo
370	54.	106.	50.94	20.94	del+
379	4.	4.	100.00	8.87	desarrumada+
381	16.	30.	53.33	7.03	descansar
385	5.	5.	100.00	11.09	desempregado
394	73.	168.	43.45	13.46	dia+
399	15.	20.	75.00	18.19	dinheiro
404	11.	12.	91.67	20.67	disposta
421	3.	3.	100.00	6.64	domingo
424	7.	11.	63.64	5.45	dormindo
431	216.	574.	37.63	18.98	ele+
433	93.	199.	46.73	26.24	em
442	3.	3.	100.00	6.64	engravidar
449	4.	4.	100.00	8.87	entendeu
476	68.	99.	68.69	69.96	estou
478	8.	9.	88.89	14.08	estranho
480	4.	4.	100.00	8.87	estress+
482	6.	8.	75.00	7.21	estudar
484	80.	207.	38.65	6.36	est+
490	41.	50.	82.00	62.50	faco
491	31.	69.	44.93	6.42	fala
499	7.	10.	70.00	7.09	falo
508	17.	29.	58.62	10.42	fazendo

509	105.	185.	56.76	65.12	fazer
517	12.	17.	70.59	12.48	feliz+
523	7.	11.	63.64	5.45	ficam
528	78.	106.	73.58	96.24	fico
530	43.	97.	44.33	8.44	filha+
541	11.	12.	91.67	20.67	fralda
548	75.	194.	38.66	5.91	gente
556	72.	101.	71.29	81.73	gosto
566	6.	6.	100.00	13.32	homem
567	7.	11.	63.64	5.45	horario+
577	13.	17.	76.47	16.48	incomoda
582	22.	33.	66.67	19.87	inicio
586	13.	25.	52.00	5.16	inteiro
594	14.	27.	51.85	5.50	ir
602	16.	33.	48.48	4.73	jeito
607	4.	5.	80.00	5.58	larga
610	4.	4.	100.00	8.87	lavando
612	3.	3.	100.00	6.64	lavo
619	9.	15.	60.00	5.88	levar
623	4.	5.	80.00	5.58	levo
634	3.	3.	100.00	6.64	louca
635	16.	20.	80.00	22.57	lugar
645	75.	190.	39.47	7.09	mamar
657	71.	119.	59.66	49.27	marido
677	134.	348.	38.51	11.66	meu
679	62.	120.	51.67	25.74	mim
681	157.	338.	46.45	48.55	minha+
685	8.	10.	80.00	11.20	mora
686	4.	4.	100.00	8.87	morar
687	3.	3.	100.00	6.64	morava
688	4.	4.	100.00	8.87	moro
691	4.	4.	100.00	8.87	mudar
692	13.	14.	92.86	25.10	mudou
696	19.	37.	51.35	7.23	munho
698	64.	155.	41.29	8.35	nada
710	71.	125.	56.80	42.08	nem
711	18.	37.	48.65	5.42	nenem
716	19.	30.	63.33	14.80	ninguem
721	14.	24.	58.33	8.41	nossa+
723	3.	3.	100.00	6.64	novela+
729	32.	64.	50.00	11.11	nunca
735	15.	19.	78.95	20.51	olhar
736	3.	3.	100.00	6.64	olhava
738	11.	17.	64.71	9.03	olh+
743	6.	8.	75.00	7.21	organizar
749	13.	22.	59.09	8.13	paciencia
750	4.	4.	100.00	8.87	pagar

761	5.	5.	100.00	11.09	paro
768	13.	24.	54.17	6.03	passar
770	7.	7.	100.00	15.55	passear
778	17.	32.	53.13	7.37	pega
779	6.	6.	100.00	13.32	pegando
788	6.	7.	85.71	9.76	pensar
791	16.	24.	66.67	14.36	penso
818	11.	12.	91.67	20.67	posso
826	7.	9.	77.78	9.18	prazer
829	13.	19.	68.42	12.47	preciso
830	5.	6.	83.33	7.65	prefiro
836	5.	6.	83.33	7.65	preocupo
847	4.	5.	80.00	5.58	pro
848	5.	6.	83.33	7.65	procurando
849	4.	4.	100.00	8.87	procurava
866	117.	322.	36.34	5.23	quando
877	29.	39.	74.36	34.91	quero
878	46.	94.	48.94	14.85	quer+
889	4.	4.	100.00	8.87	raiva
896	5.	6.	83.33	7.65	reclamar
900	39.	47.	82.98	60.90	relacao
906	5.	6.	83.33	7.65	resolv+
911	18.	21.	85.71	29.59	roupa+
913	3.	3.	100.00	6.64	sabado
916	26.	56.	46.43	6.35	sabe+
919	10.	14.	71.43	10.70	saio
921	42.	80.	52.50	18.02	sai+
939	18.	34.	52.94	7.71	sem
940	14.	25.	56.00	7.33	semana+
941	59.	113.	52.21	25.41	sempre
950	24.	43.	55.81	12.58	servico+
953	9.	9.	100.00	20.02	sexo
954	12.	12.	100.00	26.75	sexu+
957	34.	44.	77.27	45.05	sinto
959	4.	4.	100.00	8.87	sobra
963	8.	11.	72.73	8.93	sono
967	23.	49.	46.94	5.90	sozinha+
987	6.	9.	66.67	5.33	temos
989	9.	15.	60.00	5.88	tendo
990	117.	171.	68.42	126.07	tenho
994	54.	124.	43.55	9.74	ter
1002	5.	5.	100.00	11.09	tiro
1008	4.	5.	80.00	5.58	tomando
1009	12.	22.	54.55	5.70	tomar
1012	8.	12.	66.67	7.12	trabalhando
1013	41.	73.	56.16	22.46	trabalhar
1016	14.	16.	87.50	23.96	trabalh+

1022	5.	7.	71.43	5.32	trocar
1023	77.	196.	39.29	7.02	tudo
1029	9.	9.	100.00	20.02	unha+
1033	4.	5.	80.00	5.58	vaidosa
1037	3.	3.	100.00	6.64	varre+
1038	12.	19.	63.16	9.20	ve
1047	14.	18.	77.78	18.48	vergonha
1048	113.	195.	57.95	75.80	vez+
1068	32.	50.	64.00	26.08	vou
1077 *	48.	100.	48.00	14.25 *	3 dela
1082 *	172.	281.	61.21	147.94 *	7 me
1084 *	16.	31.	51.61	6.19 *	7 nos
1089 *	145.	279.	51.97	70.34 *	9 as
1090 *	369.	1076.	34.29	21.09 *	9 eu+
1102 *	19.	24.	79.17	26.25 *	M APOIO
1105 *	7.	13.	53.85	3.15 *	M COTIDIANO
1116 *	18.	25.	72.00	19.80 *	M EM
1122 *	16.	20.	80.00	22.57 *	M FAMILIA
1128 *	20.	26.	76.92	25.87 *	M FRENTE
1133 *	19.	25.	76.00	23.87 *	M ISSO
1136 *	13.	22.	59.09	8.13 *	M MAMAR
1141 *	19.	24.	79.17	26.25 *	M OUTRAS
1145 *	19.	24.	79.17	26.25 *	M PESSOAS
1148 *	19.	24.	79.17	26.25 *	M PRATICA
1153 *	18.	23.	78.26	24.19 *	M RECEBE
1154 *	19.	26.	73.08	21.71 *	M RELACAO
1156 *	23.	56.	41.07	2.68 *	M SE
1157 *	7.	10.	70.00	7.09 *	M SENTE
1159 *	14.	25.	56.00	7.33 *	M SIGNIFICA
1165 *	20.	26.	76.92	25.87 *	M TUDO
1172 *	89.	226.	39.38	8.50 *	*ame_05
1177 *	71.	185.	38.38	5.19 *	*esc_b
1179 *	163.	466.	34.98	4.76 *	*esc_d
1180 *	142.	401.	35.41	4.75 *	*ges_a
1184 *	29.	65.	44.62	5.76 *	*idf_02
1201 *	23.	56.	41.07	2.68 *	*ind_06
1203 *	26.	53.	49.06	8.23 *	*ind_08
1210 *	14.	31.	45.16	2.90 *	*ind_15
1213 *	21.	52.	40.38	2.15 *	*ind_18
1214 *	29.	65.	44.62	5.76 *	*ind_19
1229 *	35.	83.	42.17	4.99 *	*vc_b

Nombre de mots sélectionnés : 236

 Classe n° 4 => Contexte D

Nombre d'u.c.e. : 196. soit : 13.94 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 6241. soit : 13.97 %
 Nombre de mots analysés par uce : 25.46

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
20	5.	5.	100.00	30.98	N legume+
40	39.	97.	40.21	59.91	V dormir.
41	12.	29.	41.38	18.58	V dur+er
61	5.	12.	41.67	7.76	V pel+er
82	20.	88.	22.73	6.04	Y aliment<
96	2.	3.	66.67	6.97	aceita
97	3.	4.	75.00	12.47	aceitou
101	9.	27.	33.33	8.63	achava
102	11.	37.	29.73	7.90	achei
108	13.	28.	46.43	25.13	acorda
109	4.	9.	44.44	7.03	acordada
110	2.	3.	66.67	6.97	acordado
112	7.	11.	63.64	22.82	acordar
113	19.	22.	86.36	97.71	acordava
118	5.	6.	83.33	24.19	acostumando
119	5.	8.	62.50	15.81	acostumar
123	3.	6.	50.00	6.53	adiantar
130	31.	107.	28.97	21.81	agora
131	13.	32.	40.63	19.44	agua
137	9.	31.	29.03	6.02	ainda
149	5.	6.	83.33	24.19	almoca
151	13.	19.	68.42	47.65	almoco
169	13.	42.	30.95	10.44	ante+
190	18.	73.	24.66	7.37	assim
193	45.	221.	20.36	9.01	ate
203	3.	5.	60.00	8.87	banana
211	4.	7.	57.14	10.94	berco
220	2.	3.	66.67	6.97	bonzinho
236	8.	15.	53.33	19.61	cama
239	21.	77.	27.27	12.07	cansada
247	5.	15.	33.33	4.75	carrinho
254	13.	23.	56.52	35.34	cha
259	6.	8.	75.00	25.00	chazinho
262	5.	7.	71.43	19.38	chegava
263	7.	15.	46.67	13.54	chego
270	19.	43.	44.19	33.82	chorando
272	19.	43.	44.19	33.82	chorava
280	17.	26.	65.38	58.44	cinco
286	4.	6.	66.67	13.96	colher
287	7.	19.	36.84	8.42	colica
291	10.	12.	83.33	48.58	colocava

295	5.	10.	50.00	10.92	comecar
297	21.	38.	55.26	55.59	comecei
301	5.	8.	62.50	15.81	comendo
302	2.	3.	66.67	6.97	comia
303	14.	43.	32.56	12.82	comida
304	9.	11.	81.82	42.58	comidinha
322	14.	53.	26.42	7.14	consegui+
354	18.	66.	27.27	10.26	dando
361	32.	61.	52.46	78.86	dava
363	39.	90.	43.33	69.25	dei
366	4.	10.	40.00	5.70	deixava
376	36.	162.	22.22	10.47	depois
381	13.	30.	43.33	22.08	descansar
383	2.	3.	66.67	6.97	descobri
393	7.	7.	100.00	43.43	dez
394	60.	168.	35.71	75.40	dia+
402	10.	25.	40.00	14.41	direto
423	31.	33.	93.94	180.27	dormia
426	38.	78.	48.72	83.26	dou
430	108.	575.	18.78	19.01	ela+
448	31.	154.	20.13	5.52	entao
454	47.	127.	37.01	61.92	era
472	38.	150.	25.33	18.17	estava
479	2.	3.	66.67	6.97	estressada
502	4.	8.	50.00	8.72	faltando
510	8.	19.	42.11	12.74	fazia
512	5.	5.	100.00	30.98	feijao
526	55.	86.	63.95	190.99	ficava
537	13.	44.	29.55	9.22	fome
542	6.	8.	75.00	25.00	fruta+
543	2.	3.	66.67	6.97	frutinha
568	63.	197.	31.98	62.14	hora+
571	18.	62.	29.03	12.31	ia
584	15.	19.	78.95	67.84	inteira
586	11.	25.	44.00	19.17	inteiro
591	6.	11.	54.55	15.24	intervalo+
593	6.	7.	85.71	30.21	introduzi+
594	9.	27.	33.33	8.63	ir
638	9.	17.	52.94	21.82	madrugada
641	54.	229.	23.58	21.19	mama
643	75.	261.	28.74	58.48	mamadeira+
645	42.	190.	22.11	12.21	mamar
647	35.	49.	71.43	139.86	mamava
651	2.	3.	66.67	6.97	mandava
654	14.	25.	56.00	37.53	manha
665	6.	11.	54.55	15.24	meia
666	10.	32.	31.25	8.18	meio+

672	3.	4.	75.00	12.47	menor
676	44.	122.	36.07	54.51	mes+
682	6.	8.	75.00	25.00	minuto+
715	10.	32.	31.25	8.18	ness+
718	78.	452.	17.26	6.11	no
719	60.	121.	49.59	140.23	noite
726	15.	29.	51.72	35.24	novo
746	27.	113.	23.89	10.15	outro+
754	3.	5.	60.00	8.87	papinha
757	7.	8.	87.50	36.29	parava
759	8.	13.	61.54	24.78	parecia
769	4.	6.	66.67	13.96	passava
781	6.	14.	42.86	9.86	pegava
784	111.	660.	16.82	8.59	peito+
814	3.	6.	50.00	6.53	ponho
820	18.	81.	22.22	4.91	pouco+
821	13.	38.	34.21	13.38	pouquinho
823	15.	48.	31.25	12.41	pra
866	66.	322.	20.50	14.97	quando
871	23.	45.	51.11	53.54	quatro
875	10.	25.	40.00	14.41	querendo
876	20.	52.	38.46	27.06	queria
879	6.	10.	60.00	17.81	quietinha
945	6.	13.	46.15	11.35	sentia
950	16.	43.	37.21	20.02	servico+
958	84.	371.	22.64	31.81	so
964	3.	4.	75.00	12.47	sopinha
965	4.	4.	100.00	24.76	sossegada
969	7.	12.	58.33	19.88	suco
974	13.	21.	61.90	40.88	sustentando
976	12.	21.	57.14	33.17	sustentava
992	7.	9.	77.78	30.77	tentei
997	44.	121.	36.36	55.49	tinha
1004	35.	135.	25.93	17.88	toda+
1006	25.	116.	21.55	6.11	todo+
1013	27.	73.	36.99	34.09	trabalhar
1024	2.	3.	66.67	6.97	tumultuado
1053	5.	11.	45.45	9.18	vinte
1061	10.	19.	52.63	24.03	voltar
1063	16.	26.	61.54	50.03	voltei
1064	2.	3.	66.67	6.97	volto
1066	5.	15.	33.33	4.75	volt+
1069 *	134.	811.	16.52	10.65 *	a
1075 *	9.	42.	21.43	2.02 *	1 devoir.
1078 *	18.	49.	36.73	21.99 *	5 tres
1081 *	3.	9.	33.33	2.84 *	6 via
1088 *	16.	75.	21.33	3.61 *	9 ai

1090 * 172.1076. 15.99 15.98 * 9 eu+
 1092 * 5. 8. 62.50 15.81 * J onze
 1093 * 2. 4. 50.00 4.35 * J quinze
 1098 * 13. 19. 68.42 47.65 * M ALIMENTA
 1099 * 18. 24. 75.00 75.88 * M ALIMENTOS
 1103 * 7. 9. 77.78 30.77 * M ATUALMENTE
 1109 * 3. 5. 60.00 8.87 * M DARIA
 1119 * 6. 7. 85.71 30.21 * M ESSES
 1124 * 10. 45. 22.22 2.66 * M FILHA
 1131 * 11. 13. 84.62 54.63 * M INICIOU
 1132 * 4. 5. 80.00 18.25 * M INTRODUIU
 1138 * 3. 5. 60.00 8.87 * M NAO
 1142 * 17. 23. 73.91 70.10 * M OUTROS
 1147 * 16. 20. 80.00 73.80 * M PORQUE
 1179 * 75.466. 16.09 2.70 * *esc_d
 1186 * 39.223. 17.49 2.78 * *idf_04
 1187 * 109.653. 16.69 7.70 * *idf_05
 1192 * 64.383. 16.71 3.37 * *id_03
 1196 * 11. 52. 21.15 2.34 * *ind_01
 1200 * 13. 59. 22.03 3.36 * *ind_05
 1212 * 13. 53. 24.53 5.15 * *ind_17
 1215 * 10. 44. 22.73 2.92 * *ind_20
 1216 * 13. 57. 22.81 3.89 * *ind_21
 1222 * 8. 31. 25.81 3.72 * *ind_27
 1228 * 190.1323. 14.36 3.31 * *vc_a

Nombre de mots sélectionnés : 160

Nombre de mots marqués : 1121 sur 1167 soit 96.06%

 D1: Tri des uce par classe

Clé sélectionnée : A

1551 56 COMO FOI O NASCIMENTO DE SUA FILHA. #foi tudo #bem, #foi
 #tranquilo. ela #nasceu de #parto_cesarea. #ocorreu tudo #bem, #gracias a #deus. #fui
 #com #meu marido #para a #maternidade. ele #viu o #nascimento e #gostou. O
 #nascimento #foi tudo #bem, #foi #tranquilo mesmo. ela #mamou #na #sala de #parto.
 794 53 O #medico #mandou eu voltar #para casa e disse que era #perda de #liquido
 #normal, ai eu voltei e tres e pouquinha eu voltei #para #maternidade. eu nao #senti muita
 #dor, #foi #tranquilo, #estava super_calma, #tava #com o #meu marido. #fui #sozinha
 #para #sala de #parto, mas #fiquei #bem #tranquila.
 1590 52 no #primeiro filho eu #fiquei #muito #nervosa e minha #pressao #ficou #muito
 #alta. eu #fiz #pre_natal #desse #direitinho #desde o #primeiro mes. #participei das
 #reunioes e isso me #ajudou a me preparar. ele #mamou #na #sala de #parto.

190 51 ela #nasceu rapido. eu #fiquei #com #medo #porque ela #nasceu de #parto #cesarea e eu #achei que #ia #doer, #sentir #dor. #fiquei #com #muito #medo #porque eu nunca #fiz #parto_cesarea.

666 51 COMO FOI O NASCIMENTO DE SEU FILHO. #foi #normal. #foi bom o #nascimento, eu #tive ele de #parto_normal, nao #sofri #muito, #tive #um #pre_natal #otimo no posto. #fui #para a #maternidade #com #meu #esposo, ele #ficou #comigo ate a hora que #estava proximo de #nascer. ele #foi #embora nao #quis ficar #porque #ficou #nervoso.

119 49 #fiquei #com #medo, #fiquei #nervosa, #ansiosa, mais #foi bom, #foi bom. uma #experiencia #boa. quando #chegou a hora #foi tudo #bem #gracas a #deus. #ocorreu tudo #bem, #na #anestesia, #na hora dela #nascer, #na operacao, #foi tudo #bem. quando ela #nasceu so vi ela #um pouquinho, eles #levaram ela pra #colocar no balao, #porque ela #nasceu #com falta de #ar.

561 48 #dessa aqui eu #tive #pressao #alta #desde o #comeco. ela #nasceu de #parto #cesarea. #fui #para a #maternidade #com a minha mae, mas ela nao #viu o #parto, ela #chegou la me internou #direitinho e #depois #foi #embora.

239 45 O #medico me avisou tudo e eu #fiquei #nervosa. O #meu filho #ficou #duas horas #na #incubadora e #depois #ja #foi #para o #quarto. #estava tudo #normal, so que ele #nasceu #com #um pouquinho de falta de #ar.

720 43 eu #fui #para a #maternidade #com o #meu marido. #fiz #pre_natal e #participei das consultas #desde o #primeiro mes. #meu marido #foi #comigo, so nao pode entrar #na #sala de #cirurgia #porque nao #podia.

878 41 ele so nao #assistiu o #parto #porque ele nao #ia #aguentar. eu queria #muito que ele #tivesse assistido, mas ele #falou que nao #ia #aguentar. quando ele #nasceu eu so peguei #para ve e #logo #depois #foi pesar, #foi #para a avaliacao #com a #pediatra. ele nao #mamou #na #sala de #parto.

419 38 COMO FOI O NASCIMENTO DE SUA FILHA. #bem #emocionante por ser a #primeira filha. eu #fiquei #com #muito #medo de ser #parto_cesarea, mas #gracas a #deus #foi #parto #normal.

667 38 ele me deixou #sozinha, mas eu nao me #senti #sozinha eu #entendi que ele #estava #nervoso, entao eu #falei #para ele ir #embora. os #medicos que #estavam la #eram #muito bons, as #enfermeiras #muito atenciosas, eu nao #fiquei #com #medo. #fiquei #tranquila, mesmo #sozinha #foi #muito bom.

1374 38 quando #cheguei no #quarto #fui acalmada, tinha uma #enfermeira #muito #boa, me acalmou, #falou que #ia ser #rapidinho e #gracas a #deus #foi rapido, correu tudo #bem. #medo eu acho que todo ser humano tem, isso #ja e #normal no ser humano, mas #foi #tranquilo. COMO FOI A PRIMEIRA MAMADA. #foi #um #momento #muito feliz da minha vida, mas eu nao #gostei da #primeira #mamada.

830 37 COMO FOI O NASCIMENTO DE SUA FILHA. ela #nasceu de #parto_normal. #foi #tranquilo, #gracas a #deus. #fui #para a #maternidade #com a minha mae. minha mae #ficou #comigo la o tempo todo. #viu o bebe #nascer, #entrou junto #na #sala de #parto e #depois ela nao pode ficar mais.

1442 37 eu nao me #senti #sozinha #porque minha irma #estava o tempo todo #comigo, nao #fiquei insegura, #com #medo, #fiquei tranquilinha. #na #sala de #parto #foi tudo #bem, tranquilinho, a #pressao #estava #boa. quando ela #nasceu eles #colocaram ela em #cima de mim.

562 36 eu nao #senti #dor #porque #foi #cesarea marcada. eu #fiquei #sozinha no

#quarto, #depois que eu ganhei ela que #chegou minhas irmas. eu #fiquei #muito #nervosa, #com #muito #medo de #morrer e tambem de #acontecer alguma coisa #com #meu filho. minha #pressao #foi controlada #na hora e #deu tudo #certinho.

370 35 eu #fiquei #tranquila #porque esse e o terceiro, nao #fiquei #nervosa. #na #sala de #parto parece que a #anestesia #passou #muito rapido, eu #senti me costurando. ela #estava #enrolada e #demorou mais que os outros, entao eu acho que #passou a #anestesia e #depois eu #senti muita #dor, fizeram #massagem #na #barriga, eu #senti #dores #bem #depois.

876 35 COMO FOI O NASCIMENTO DE SEU FILHO. #foi #maravilhoso. A minha #pressao #subiu #porque #fiquei #muito tensa. O #parto #foi #legal, #ocorreu tudo #bem. #foi #um #momento de muita #felicidade e alegria #para mim, #deus me abençoou. eu trabalhei ate o final, #quase ganhei #na rua.

1373 35 COMO FOI O NASCIMENTO DE SEU FILHO. eu #tive uma #gestacao #bem #tranquila, mas #tive que fazer #parto_cesarea. minha placenta envelheceu. #meu #esposo me #acompanhou, mas ele nao #assistiu o #parto. eu #fiquei #nervosa, #com #medo da #anestesia, #medo de #um monte de coisa.

Clé sélectionnée : B

1564 34 O #bebe #precisa desse #contato para se sentir #seguro. O #leite #do #peito #protege #das #doencas, a #crianca #fica mais #forte. E mais #saudavel e #tem todas as #vitaminas.

665 31 no #peito a #crianca e mais magrinha, mas e ativa e bagunceira. para o #futuro nao #tem #muita #importancia nao, #tanto #faz para ele. O #importante e quando eles #sao #pequenos. #voce #passa #protecao para o #seu #filho, #seu #filho estando #protegido e #fica otimo.

102 30 O #leite #do #peito e muito #bom e ajuda a passar o nosso #amor de #mae para #filho e eles sentem mais #seguro, mais #protegido quando estao mamando. #evita as #doencas. E muito #bom. E o #melhor #alimento porque #tem de tudo que o #bebe #precisa. O #leite #do #peito #tem #vitamina, #proteina, ferro e #isso tudo ajuda a #proteger #das #doencas.

1354 30 SE VOCE FOSSE DEFINIR AMAMENTACAO COMO FARIA. A #crianca #precisa #das #vitaminas que #tem no #leite por #isso #deve #amamentar a #crianca ate quando puder. O #leite #do #peito #protege #das #doencas. E muito #bom #amamentar a #crianca. #tem que #dar quando a #crianca #quiser. eu #acho que #amamentacao #tem que #ser espontanea, na hora que a #crianca #quiser #voce #da, nao #tem #aquele negocio de hora.

556 29 essa #mulher nao e #mae, porque a #mulher que #tem #leite e nao #da nao e #mae. VOCE ACHA QUE TEM DIFERENCA DAR PEITO E DAR MAMADEIRA. O #leite #do #peito #sustenta, #evita colica e #doencas. nao #precisa #dar nada. O #leite e #completo. E um remedio. E #forte. #tem #varias #vitaminas, calcio a #crianca #fica mais #esperta.

595 29 O nenem #fica #forte e #protegido #tambem. VOCE ACHA QUE TEM ALGUM PROBLEMA VOCE DAR PEITO E MAMADEIRA PARA O FUTURO DO SEU FILHO. eu #acho que #tem #diferenca #sim. O #peito #tem #varias #vitaminas, eu nao #sei quais #sao as #vitaminas, mas #tem #varias #vitaminas.

294 28 A #crianca #fica mais #cheia porque #os produtos quimicos #sao #fortes. agora, o #leite #do #peito #pode #ser #aquele pouco, mas #tem mais #vitamina. O #peito eu

#acho que #tem mais qualidade. E #melhor. VOCE ACHA QUE TEM ALGUM PROBLEMA PARA O FUTURO DE SEU FILHO ESTAR DANDO MAMADEIRA E PEITO.

485 28 #crianca de mamadeira quando #pequeno #demora mais para #desenvolver porque a mamadeira nao #tem todas as #vitaminas. O #leite #do #peito e #melhor #do que a mamadeira. eu #acho que a #crianca #cresce, #desenvolve mais #rapido #do que a mamadeira #fica #menos #doente.

1542 28 O #leite #do #peito e #melhor porque #tem todas as #vitaminas que a #crianca #precisa. O #leite #da gente e para #os nossos #filhos. #tem #mae que #prefere #dar o #leite de #vaca, #leite de #vaca e para bezerro. VOCE ACHA QUE TODA MULHER PODE AMAMENTAR. #acho que #sim.

1558 27 favorece o #contato #da #crianca com a #mae. nesse momento a gente #passa #carinho, #protecao. #previne #das #doencas, #infecoes. COMO SOUBE SOBRE AMAMENTACAO. eu #acho que e o extinto #materno. #voce #fica gravida, #seu #peito #fica diferente, logo nos primeiros meses o #peito #vai mudando.

197 26 O QUE VOCE SABE SOBRE AMAMENTACAO? eu #sei que e #bom para a #crianca. E o #melhor #alimento porque e mais #completo. #tem #vitamina e #protege de #muitas #doencas.

1123 26 O nosso #leite que e para o #bebe. O #leite #do #peito e #ideal porque #tem todas a #vitaminas na #quantidade #certa e na #temperatura #ideal. eu #acho que o #leite de #vaca #tem #tambem as #vitaminas, mas nao #sei se #tem na #mesma #quantidade. O #leite de #vaca nao #protege #tanto #quanto o #do #peito.

1174 26 as #pessoas #dizem que o #peito e #bom, e #completo e que #quanto mais a #crianca suga, mais ela #faz movimentos com a #boca, e #isso e #bom para a denticao #da #crianca, e #bom para #proteger de #doencas, e #muitas outras coisas.

1299 26 O #peito #protege mais, #fica #menos #doente, #evita #muitas #doencas. eu tenho #certeza que e o #melhor #alimento para ele porque e #completo #tem de tudo e na #quantidade #certa.

1458 26 eu #acho que a #crianca #cresce mais rapida e mais #forte porque o #leite de #vaca nao e #igual #ao #do #peito nao. O #leite #do #peito e quente, nao #precisa #estar preparando.

1179 25 eu #acho que no #futuro #diferenca sempre #tem, #da para saber #pelo #desenvolvimento, #pelo #crescimento dela, #da #sim. eu #acho que o #peito e #melhor ate #seis meses. A #crianca e mais #esperta e o #desenvolvimento #tambem e diferente. para o #futuro nao #vejo #grande #diferenca. eu #sei que e #importante quando #bebe.

870 24 SE VOCE FOSSE DEFINIR AMAMENTACAO COMO FARIA. E o #melhor #leite porque e #forte, #sustenta a #crianca e #protege de #varias #doencas. #acho que e vida. E #acho que e #bom porque ela #fica #pertinho de mim. VOCE ACHA QUE TODA MULHER PODE AMAMENTAR. #acho que #sim, A #mulher que nao #da o #peito e #preguicosa porque #amamentar #da trabalho.

1509 24 SE VOCE FOSSE DFINIR AMAMENTACAO COMO FARIA. E a vida. E a vida de um #bebe que nasce. #amamentar #da base, estrutura para o #filho se #desenvolver. O #leite #do #peito e o #melhor #alimento, #protege #das #doencas, #das #infecoes e #das alergias. E #voce #fica bem junto dele. VOCE ACHA QUE TODA MULHER PODE AMAMENTAR.

287 23 #protege de #varias #doencas, e um otimo #leite, #melhor que #qualquer outro #leite, nao #tem #explicacao. O #leite #do #peito sai de #voce, e mais #forte, nao #precisa

de #vitaminas, de agua.

Clé sélectionnée : C

1162 29 #ele #trabalha de cozinheiro no restaurante da firma. tem dia que nao #consigo #fazer #nada dentro de #casa, #mas #ele nao #fala #nada. as #vezes nao da #nem #tempo de #cuidar da #gente #direito, as #vezes voce #quer #fazer uma #unha, #arrumar o #cabelo, #fazer alguma #coisa.

1575 26 #ele e muito companheiro, #ele #esta #sempre me #ajudando a #cuidar de #tudo. quando nao dava pra #fazer alguma #coisa, #ele #sempre #ajudava. A #minha #outra #filha #distrai muito ela e isso #ajuda #bastante. ele #ve o #nenem chorar e #fala para eu dar mamar para ela. A #minha #relacao com meu #marido nao #mudou #em #nada.

1576 25 #nem quando ela era #novinha. nos somos muito companheiros, #ele #sempre compreendeu e da muito valor #em #mim, #esta #sempre disposto #em me #ajudar. quando nao #quero #ter #relacao #sexual, #ele #entende e #sabe que e so #cansaco. eu amo o meu #marido nos nos damos muito bem. A #gente sente #cansaco, #mas da um #jeito.

397 24 eu nao #consigo #fazer #nada, #sou so #por #conta dela. eu trabalho um dia sim e outro nao. no dia que eu #fico #em #casa eu #faci #tudo, #lavo #roupa, #arruma a #casa, #passo, #faci de #tudo e #adianto bem as #coisas.

758 24 #ele #olha ela, #ele fica #bastante #tempo com/ ela. #ele e um #pai presente, #apesar de trabalhar fora, #mas quando #esta #em/ #casa fica #ajudando. tem dia que eu nao #faci #nada quando ela #esta #enjoada. #ele nao #fala #nada. #ele nao acha ruim, #ele me #ajuda, #ele faz as #coisas, #arruma #cozinha, faz #cafe, #manda #buscar pao, nao #perturba nao.

1094 24 esses dias eu fiz um barraco #em #casa porque #ele nao queria #trocar #fralda. A #gente #briga muito. #ele so #quer #brincar com #eles. so #pega quando #eles #estao chorando. eu #cuido e #ele #brinca. #cuidar mesmo #nunca, #nem quando #ele #esta #em #casa. #ele me #ve atolada com as criancas e as #coisas para #fazer, #mas nao tem coragem para me #ajudar.

1463 24 ela mamava a noite inteirinha, #mas eu nao #reclamava, #nem esquentava. #meus meninos me #ajudam #em #casa, #olha a menina tambem. meu #marido #trabalha #em #outra #cidade e #ele so #vem na sexta #feira, ai no #sabado #ele me #ajuda tambem a #olhar o bebe. eu #fico #cansada de #ter que trabalhar e amamentar.

695 22 cuidam #dele para eu dar faxina. quando #estou na #cozinha #lavando #louca #eles #estao me #ajudando. meu #marido #lava #louca tambem, se tiver na pia #ele #lava. #nunca #aconteceu #dele chegar #em #casa e nao estar #nada pronto, #mas se nao tiver tambem #ele nao #reclama, #nunca #reclamou. #ele compreende, #nunca #reclamou de chegar e nao #ter a comida #pronta, #nunca #reclamou.

915 22 #minha #vida melhorou muito. eu me considero uma mulher #realizada, eu #tenho #minha #familia, #meus filhos com saude. nao #tenho que #reclamar. #em #relacao a #mim eu acho que #nem #penso muito. eu nao #tenho #tempo para me #cuidar. eu #gosto de #andar direitinha com umas #roupas da moda, #mas nao #consigo me #arrumar porque nao da #tempo.

963 22 #saio de #casa e #deixo ela #em #casa, #vou trabalhar e #fico o dia inteiro #longe dela. #por #mim eu #nem #saia de #casa, #mas tem que trabalhar. eu acho que #minha #vida #mudou depois que ela nasceu. nao #tenho #tempo para #mim, para #cuidar

de #mim. eu acho que o meu corpo nao #mudou, eu pensava que ia #mudar muito, nao #mudou #nada, continua a mesma #coisa.

1100 22 eu #sinto #falta de #fazer as #coisas, #passar, acho que e porque #sou #nova. #mas eu nao reclamo nao. #ele no #fim de #semana joga bola e eu #nem isso eu #faco e ai a #gente #briga.

48 21 O servico de #casa fica #tudo #parado, e tem a #outra #filha pra #cuidar, #levar #pro #colegio, #fazer tarefas. #infelizmente pra #mim nao da. eu dei mamadeira pra #ajudar a #ter mais #tempo. #tenho que #fazer as #coisas e #cuidar da #outra tambem. #mas eu #gosto de dar mamar.

474 21 #ele me #ajuda #bastante, #ele da #banho, troca #fralda. quando ela #esta chorando #ele #pega ela e #sai para #passar, entao, #ele #ajuda #bastante. quando nao da #tempo de #fazer as #coisas de #casa ou comida #ele vai #buscar lanche, #nunca #reclamou, #por esse lado eu #tenho que agradecer a #ele, #ele #nunca #reclamou.

533 21 quando eu #fico sozinha porque #minha sogra as #vezes #sai e a #filha dela vai para o #colegio eu #tenho que ficar so com ela mesmo. eu ajudo #em #casa tambem, as #vezes eu #faco alguma #coisa, ajudo #passar um #pano, #varrer, #fazer alguma #coisa, #mas se nao der para #fazer #ninguem #fala #nada.

713 20 #tenho #relacao normal. eu #estou #sempre #disposta, #nunca reclamei nao. A #gente #sempre conversa e #ele #entende quando eu #estou #cansada, #ele #entende, #sempre #entendeu. no #resguardo #sempre me respeitou tambem porque tem mulher que no #resguardo o #marido nao respeita, #mas #ele me respeitou, #sempre me respeitou.

94 19 da para #fazer muita #coisa. eu nao #paro de trabalhar, o dia inteiro #estou #fazendo alguma #coisa. eu #sempre #penso que #em primeiro #lugar #esta #ele. A noite #ele dorme #por mais #tempo e eu #consigo dormir e descansar. as #vezes eu #falo para o meu #marido que #vou #parar de dar o peito para #ele, #mas eu logo me #arrependo porque #fico com #pena #dele.

473 19 #ele vira e vai dormir, #ele resmunga, #mas vai dormir. #ele #entende, #ele #sabe que e #cansativo #cuidar porque #ele tambem tem um sobrinho #pequeninho que #ele #ajudava a #cuidar, entao #ele #sabe que #nem #sempre a #gente #esta #disposta a #tudo, entao, desse lado tambem nao #tenho o que #reclamar #dele nao.

772 19 eu #gosto de dar mamar para ela. #consigo #cuidar de #mim, #adoro #fazer #minhas #unhas e #arrumar meu #cabelo, #sou muito #vaidosa. nao #gosto de ficar #desarrumada. EM RELACAO A PRATICA DE AMAMENTAR VOCE RECEBE APOIO DE SUA FAMILIA E DE OUTRAS PESSOAS.

1091 19 #tenho medo #dele #fazer alguma #coisa com o bebe. eu nao #gosto de #deixar #meus filhos com #ninguem. eu #sou muito ciumenta. meu #marido nao me #ajuda #em #nada.

Clé sélectionnée : D

997 37 as enfermeiras #toda #hora ensinavam a gente dar #mama. COMO VOCE ALIMENTA SUA FILHA. #ate tres #meses eu #so #dava peito. na creche eles #davam #papinha. eu #voltei a #trabalhar #ela #tinha tres #meses e #pouco ai #ela foi para creche. la eles #davam #uma #mamadeira e #comida. #quando eu #chegava do #servico #ela #mamava #direto #so #no peito.

375 35 #nao #dava #outro alimento. #voltei a #trabalhar #ela estava com #quatro #meses, #entao, eu #comecei com a papa de #fruta. com #cinco #meses #ela almocou. eu #dava #legumes cozidos em #agua, #nao #tinha carne #nao, #era #so #legumes cozidos

em #agua e sal. #ate os #quatro #meses #era #so o peito mais nada, nem #agua, nem #cha.
729 34 #dou o peito, a #comida e a #agua de vez em #quando. #so #dou o #almoco e #durante o #dia #ela fica #no peito, o #dia #todo. #dei a #agua e a #comidinha com #cinco #meses e o leite de vaca #ela #nao #aceitou #ainda.

430 33 A #noite #ela #mama o peito. de #manha #ela #mama depois que #acorda #so o peito, onze #horas eu #dou a #comida de #legumes e bato #no liquidificador. A #tarde #ela #mama peito de #novo, a janta eu #nao #dou #ainda. eu #so #dou leite do peito e a #comidinha, #nao #dou #outro leite, nada, nada.

1400 33 #quando ele #era #menor #nao #ficava cansada. ele #dormia a #noite inteirinha, bem. eu #dava a #ultima mamada por #volta de onze #horas e ele ia #ate de #manha, #antes ele #acordava mais #cedo, #cinco #horas, #quatro e #meia ele #acordava, #agora ele vai #ate seis e #vinte, seis e #meia.

840 32 #ela #chora #toda #hora #querendo #mamar. #antes de eu #voltar a #trabalhar #ela #nao #ficava #chorando #toda #hora, mas eu #dava o peito #toda #hora e #ela #parava. mas #agora #ela #chora eu #dou o peito, mas parece que #ela quer a #mamadeira tambem. acho que #so o peito #nao esta mais #sustentando #ela, acho que #ela acostumou tambem com a #mamadeira.

14 30 de #manha #quando #ela #acorda eu #dou #mamadeira e depois peito #ate #almoco. PORQUE VOCE INICIOU OUTROS ALIMENTOS. eu #dava #mamar para #ela e #toda #hora #ela #queria #mamar, #parecia que o meu leite #nao estava #sustentando.

249 30 ele #mamava o #dia #inteiro e a #noite #toda. #tinha #hora que ele #mamava e #dormia #so um #pouco e #acordava #querendo #mamar de #novo. por isso eu #dei a #mamadeira para ele. eu achei que o meu leite #nao #sustentava. acho que tenho #pouco leite e por isso que ele #chora #querendo #mamar #toda #hora.

281 30 #todo mundo #ficava #acordado a #noite porque #nao sabia porque ele estava #chorando. depois que a medica foi dizer que #era #fome. #agora eu consigo #descansar normal, #agora ele #mama o peito e a #mamadeira o #dia #inteiro. A #noite ele #acorda la #pelas #dez #horas eu #dou a #mamadeira ele vai #ate o #outro #dia.

428 29 #toda vez que #ela ia #mamar #era #so #choro, eu #so #chorava. foram uns #vinte #dias #assim, #era #so #choro, #antes dela pegar eu ja estava #chorando, #quando eu via que #ela #tinha que #mamar eu ja #comecava a #chorar porque doia muito.

761 29 #ela #mama as onze e vai #ate o #dia seguinte, #ela #nao #acorda de #madrugada. #durmo a #noite #toda gracias a deus. #ate uns dois #meses e #meio #assim #ela #nao #dormia a #noite #inteira #nao, #acordava de #madrugada para #mamar, mas depois #ela passou a #dormir a #noite todinha, #so #acordava seis, sete #horas da #manha.

565 28 eu #comecei a dar bananinha para #ela #agora com #cinco #meses. ai eu #dou a #banana e la para #meio #dia #ela quer #mama #no peito. #ela #nao fica #assim que nem outras crianas #chorando, #querendo #mamar #direto. O #cha eu #dei com seis #meses, com #cinco #meses eu #comecei a dar, mas #nao #direto.

1637 28 COMO VOCE ALIMENTA SEU FILHO. eu #dava #so peito para ele #ate os #quatro #meses. #agora eu #voltei a estudar #entao estou #dando leite de caixinha com farinha. #durante o #dia eu #dou #so o peito, #antes de #ir para a escola eu #dou #so peito e bastante. #durante a #noite #quando estou na escola ele #mama a #mamadeira.

26 27 #ela #mamava e #tirava um sono de #dez a quinze #minutos e #chorava de #novo #querendo #mamar. desse jeito estava muito ruim porque eu #nao #fazia nada. #deixava #ela #no peito o #dia #inteiro, #nao conseguia fazer nada por isso eu #dei a #mamadeira e

#ela #ficava #quietinha. #ela #dorme mais tempo, #dorme #uma #hora #ate mais, #entao, eu consigo fazer as coisas.

379 27 #ela #tinha muita #fome, mas o meu leite #sustentava bem #ela. #ela #dormia bem a #noite, #dormia a #noite #inteira. #agora com os #outros alimentos e que #ela tem ficado #acordada #quando #ela #era #menor e #ficava #so #no peito #ela #dormia a #noite #toda.

1137 27 #ela #nao fica o tempo #todo #no peito as vezes #quando #ela quer #dormir, igual #agora mesmo que #ela #queria #dormir eu #dou peito e #ela #dorme. #quando #ela #acorda eu #dou #mamadeira e #no #intervalo #ate o #almoco eu #dou o peito. #ela #almoca bem, muito bem. A #tarde eu #dou peito de #novo ou #entao vitamina.

759 26 #ela #dorme a #noite todinha. A #ultima mamada #geralmente e #dez #horas, #dez e #meia. #ate onze #horas #ela fica #acordada. #ela #mama e #dorme, e #so por #no #berco, apagar a luz e #ela vira para o cantinho dela e #dorme.

1448 26 #ela #mama peito na #hora que eu #chego e depois #dou a #mamadeira porque #ela ja esta acostumada #agora. #durante o #dia e #so #mamadeira porque #comidinha eu #ainda #nao estou #dando, e #quando #chego a #noite e #so o peito.

1493 26 da mais resistencia #pra crianca. COMO E O SEU COTIDIANO. #ate tres #meses #era #so peito. #nesse tempo eu #nao saia, #ficava em casa. ele #mamava o tempo #todo, #tinha #dia que irritava. eu #queria dar continuidade #no #servico de casa e ele resmungava ou #chorava #querendo peito.

D1: Sélection des mots et des uce par classe

D1 : Distribution des formes d'origine par racine

Formes associées au contexte A

A9 foi : foi(175);
 A9 fuir. : fui(50);
 A9 sal+er : sala(36);
 A9 sentir. : senti(37), sentir(8);
 A9 alta : alta(13);
 A9 cesarea+ : cesarea(10), cesareas(1);
 A9 chegou : chegou(16);
 A9 comecou : comecou(19);
 A9 demorou : demorou(11);
 A9 doeu : doeu(15);
 A9 dor : dor(38);
 A9 estava : estava(81);
 A9 fique+ : fique(2), fiquei(91);
 A9 fiz : fiz(25);

A9 gostei : gostei(21);
A9 mamou : mamou(50);
A9 maternidade : maternidade(38);
A9 medo : medo(31);
A9 nasceu : nasceu(57);
A9 nascimento : nascimento(11);
A9 nervos+ : nervosa(28);
A9 parto : parto(57);
A9 parto_cesarea : parto_cesarea(15);
A9 parto_normal : parto_normal(12);
A9 pressao : pressao(23);
A9 quarto : quarto(37);
A9 saiu : saiu(13);
A9 sangue : sangue(11);
A8 colocaram : colocaram(8);
A8 enfermeira+ : enfermeira(8), enfermeiras(5);
A8 maravilhoso : maravilhoso(7);
A8 nasce+ : nascer(14);
A8 ocorreu : ocorreu(7);
A8 pegou : pegou(17);
A8 podia : podia(12);
A8 pre_natal : pre_natal(16);
A8 primeira : primeira(17);
A8 rachou : rachou(17);
A7 aguentar : aguentar(6);
A7 assistiu : assistiu(5);
A7 depois : depois(51);
A7 ensinaram : ensinaram(6);
A7 entrou : entrou(5);
A7 incubadora : incubadora(8);
A7 levaram : levaram(6);
A7 na : na(89);
A7 oxigenio : oxigenio(5);
A7 rachar : rachar(8);
A7 saindo : saindo(6);
A7 sozinha+ : sozinha(30);
A6 dore+ : dores(4);
A6 sol : sol(5);
A6 acompanhou : acompanhou(5);
A6 anestesia : anestesia(5);
A6 cheguei : cheguei(7);
A6 cima : cima(11);
A6 doer : doer(7);
A6 embora : embora(7);
A6 emocionante : emocionante(6);
A6 experiencia+ : experiencia(6);
A6 ficou : ficou(32);

A6 laqueadura : laqueadura(4);
A6 levou : levou(5);
A6 operar : operar(4);
A6 pensei : pensei(10);
A6 sabia : sabia(13);
A6 subiu : subiu(4);
A5 calm+er : calma(5);
A5 medica< : medica(4), medicamentos(1);
A5 achei : achei(12);
A5 ajudou : ajudou(5);
A5 ar : ar(4);
A5 bem : bem(61);
A5 bico+ : bico(11);
A5 boa : boa(12);
A5 chorou : chorou(3);
A5 comigo : comigo(21);
A5 comprei : comprei(2);
A5 com+ : com(108);
A5 continuei : continuei(3);
A5 desisti+ : desisti(1), desistir(5);
A5 deu+ : deu(11), deus(15);
A5 direitinho : direitinho(8);
A5 dolorido+ : dolorido(4), doloridos(1);
A5 esposo : esposo(6);
A5 estavam : estavam(4);
A5 gestacao : gestacao(5);
A5 horrivel : horrivel(5);
A5 hospital : hospital(5);
A5 ia : ia(22);
A5 largou : largou(3);
A5 liquido : liquido(3);
A5 logo : logo(14);
A5 machucou : machucou(4);
A5 mamada+ : mamada(4);
A5 massagem : massagem(4);
A5 meu : meu(103);
A5 muito+ : muito(126);
A5 oito : oito(7);
A5 onibus : onibus(4);
A5 otimo : otimo(6);
A5 participei : participei(4);
A5 pegar : pegar(12);
A5 pegava : pegava(7);
A5 pomada : pomada(2);
A5 preparada : preparada(4);
A5 proprio : proprio(3);
A5 rachado : rachado(2);

A5 rachadura : rachadura(4);
A5 rapidinho : rapidinho(7);
A5 rostinho : rostinho(5);
A5 sensacao : sensacao(5);
A5 sentindo : sentindo(8);
A5 sofri+ : sofri(2), sofria(1);
A5 todinho : todinho(3);
A5 tranquilo : tranquilo(17);
A5 viu : viu(5);
A4 norma+l : normal(14);
A4 fosse+ : fosse(7);
A4 coloquei : coloquei(3);
A4 consegui+ : consegui(11), conseguia(3), conseguir(6);
A4 conversava : conversava(2);
A4 dentro : dentro(9);
A4 doendo : doendo(4);
A4 doi+ : doi(3), doia(6);
A4 duas : duas(8);
A4 enrolada : enrolada(3);
A4 esperando : esperando(3);
A4 falou : falou(12);
A4 gostoso : gostoso(9);
A4 graca+ : gracas(11);
A4 internada+ : internada(3), internadas(1);
A4 ja : ja(38);
A4 liguei : liguei(3);
A4 lindo : lindo(5);
A4 medico+ : medico(8), medicos(4);
A4 melhorar : melhorar(3);
A4 melhorou : melhorou(6);
A4 momento+ : momento(5), momentos(1);
A4 nervoso : nervoso(3);
A4 passei : passei(4);
A4 pedi+ : pedi(1), pedia(1);
A4 primeiro+ : primeiro(16), primeiros(2);
A4 rachava : rachava(2);
A4 sangrar : sangrar(2);
A4 sangrou : sangrou(3);
A4 sete : sete(7);
A4 tava : tava(10);
A4 teve : teve(10);
A4 tive+ : tive(31), tivesse(2);
A4 tranquila : tranquila(13);
A4 veio : veio(2);
A3 vim : vim(4);
A2 lega+l : legal(4);
A2 sente+ : sente(5);

A2 ansiosa : ansiosa(4);
 A2 chupava : chupava(2);
 A2 cirurgia : cirurgia(2);
 A2 colocar : colocar(4);
 A2 conversei : conversei(2);
 A2 copinho : copinho(2);
 A2 dess+ : dessa(4), desse(4);
 A2 eram : eram(2);
 A2 falei : falei(3);
 A2 felicidade : felicidade(2);
 A2 foram : foram(4);
 A2 ganhar : ganhar(2);
 A2 lado : lado(7);
 A2 mandou : mandou(2);
 A2 morr+ : morrer(3);
 A2 oferece+ : oferecer(2);
 A2 perd+ : perda(1), perder(2);
 A2 puxar : puxar(2);
 A2 reunioes : reunioes(2);
 A2 seguinte : seguinte(3);
 A2 soube : soube(2);
 A2 um : um(52);

 Formes associées au contexte B

B9 fort+ : forte(79), fortes(1);
 B9 proteg+er : protege(82), proteger(6);
 B9 acho : acho(332);
 B9 amamentacao : amamentacao(53);
 B9 crianca+ : crianca(333), criancas(17);
 B9 diferenca : diferenca(54);
 B9 do : do(285);
 B9 doenca+ : doenca(18), doencas(72);
 B9 doente+ : doente(65), doentes(4);
 B9 leite+ : leite(361), leites(1);
 B9 mulher+ : mulher(83), mulheres(10);
 B9 peito+ : peito(566), peitos(2);
 B9 sei+ : sei(81), seis(38);
 B9 tem : tem(450);
 B9 vitamina+ : vitamina(33), vitaminas(29);
 B8 precis+er : precisa(69);
 B8 sustent+er : sustenta(53), sustente(1);
 B7 import+ant : importante(48);
 B7 bom : bom(102);
 B7 fica : fica(188);

B7 futuro : futuro(27);
B7 saudavel : saudavel(39);
B7 saud+ : saude(62);
B6 evit+er : evita(21);
B6 aliment< : alimenta(5), alimentacao(2), alimentam(1), alimentando(3), alimentar(12),
alimento(30), alimentos(11);
B6 melhor+ : melhor(83), melhora(1);
B6 muita+ : muita(37), muitas(30);
B6 pequeno+ : pequeno(17), pequenos(14);
B6 resfriado+ : resfriado(26), resfriados(3);
B6 sim : sim(37);
B6 vai : vai(109);
B5 sobre+ : sobre(17);
B5 pass+er : passa(29);
B5 vari+er : varia(1), varias(27);
B5 problem< : problema(30), problemas(7);
B5 amamenta : amamenta(12);
B5 amamentou : amamentou(12);
B5 amor : amor(20);
B5 anticorpos : anticorpos(10);
B5 aprend+ : aprende(1), aprender(2), aprendi(11);
B5 bacteria+ : bacteria(8), bacterias(3);
B5 caido : caido(14);
B5 cai+ : cai(6), caia(1), cair(24);
B5 carinho : carinho(34);
B5 certeza : certeza(14);
B5 conheco : conheco(10);
B5 contra : contra(16);
B5 cresce+ : cresce(8), crescer(10);
B5 crescimento : crescimento(10);
B5 da : da(233);
B5 das : das(39);
B5 desenvolve+ : desenvolve(9), desenvolver(6);
B5 desenvolvimento : desenvolvimento(13);
B5 enche+ : enche(24), encher(5);
B5 falava : falava(31);
B5 faz : faz(51);
B5 ferve+ : ferve(1), ferver(7);
B5 filho+ : filho(101), filhos(21);
B5 gorda : gorda(11);
B5 igual : igual(20);
B5 materno : materno(9);
B5 palestra+ : palestra(11), palestras(8);
B5 pode+ : pode(69), poder(3);
B5 posto+ : posto(27), postos(2);
B5 previne : previne(10);
B5 protecao : protecao(10);

B5 proteina+ : proteina(7), proteínas(3);
B5 resfriada : resfriada(10);
B5 seu+ : seu(24), seus(1);
B5 vaca : vaca(19);
B5 voce+ : voce(91), voces(1);
B4 grand+ : grande(19), grandes(1);
B4 grave+ : grave(5);
B4 bebe+ : bebe(48);
B4 os : os(73);
B4 cri+er : cria(7);
B4 dependre. : depende(8);
B4 exist+er : existe(7);
B4 form+er : forma(9);
B4 acredito : acredito(9);
B4 adulto+ : adulto(5), adultos(1);
B4 amamentar : amamentar(115);
B4 ao : ao(21);
B4 cheio : cheio(9);
B4 completo : completo(8);
B4 conhece+ : conhece(5), conhecer(4);
B4 contato : contato(15);
B4 contem : contem(7);
B4 crescendo : crescendo(5);
B4 deve : deve(18);
B4 dizem : dizem(6);
B4 dizia : dizia(5);
B4 duvida+ : duvida(3), duvidas(2);
B4 engorda : engorda(5);
B4 enquanto : enquanto(23);
B4 evitar : evitar(8);
B4 facil : facil(20);
B4 falam : falam(20);
B4 falaram : falaram(11);
B4 favor : favor(7);
B4 fraco : fraco(15);
B4 gordura : gordura(7);
B4 grip+ : gripa(1), gripe(5), gripes(2);
B4 idade : idade(11);
B4 importancia : importancia(8);
B4 imunidade : imunidade(6);
B4 infeccao : infeccao(7);
B4 mae+ : mae(128), maes(3);
B4 maior+ : maior(13), maiores(1);
B4 mamei : mamei(8);
B4 menos : menos(27);
B4 parece : parece(17);
B4 pelo+ : pelo(14), pelos(1);

B4 pneumonia : pneumonia(9);
B4 protegido : protegido(6);
B4 proxima : proxima(5);
B4 quantidade : quantidade(7);
B4 sao : sao(18);
B4 seguro : seguro(6);
B4 tamanho : tamanho(8);
B4 tanto : tanto(19);
B4 temperatura : temperatura(6);
B3 caus+er : causa(40);
B3 mentir. : mente(1), mentira(3);
B3 acabei : acabei(4);
B3 acompanha : acompanha(4);
B3 beneficio+ : beneficio(2), beneficios(3);
B3 caro : caro(4);
B3 deix+ : deixa(11);
B3 desenvolveu : desenvolveu(4);
B3 esperto : esperto(6);
B3 esquentar : esquentar(4);
B3 infeccoes : infeccoes(4);
B3 inteligente+ : inteligente(7), inteligentes(1);
B3 internado : internado(4);
B3 isso : isso(109);
B3 mamaram : mamaram(4);
B3 medida : medida(4);
B3 organismo : organismo(5);
B3 poe+ : poe(3), poeira(1);
B3 ponto : ponto(4);
B3 preparar : preparar(7);
B3 qualquer : qualquer(15);
B3 ralo : ralo(8);
B3 rapido+ : rapido(22), rapidos(1);
B3 refletir : refletir(4);
B3 satisfeita : satisfeita(10);
B3 seca : seca(4);
B3 sede : sede(6);
B3 ser : ser(40);
B3 suficiente : suficiente(6);
B3 sustentar : sustentar(7);
B3 velho : velho(6);
B2 idea+l : ideal(4);
B2 tir+er : tira(4), tire(3);
B2 acha : acha(18);
B2 aproxima : aproxima(3);
B2 boca : boca(14);
B2 comprar : comprar(12);
B2 elo : elo(4);

B2 estomago : estomago(4);
 B2 facilidade+ : facilidade(2), facilidades(1);
 B2 farinha : farinha(5);
 B2 ficando : ficando(4);
 B2 pecado : pecado(4);
 B2 pessoal : pessoal(5);
 B2 podem : podem(7);
 B2 pratico : pratico(3);
 B2 pronto : pronto(14);
 B2 querem : querem(7);
 B2 rach+ : racha(4), rachasse(1);
 B2 resist+ : resistente(3);
 B2 satisfeito : satisfeito(7);
 B2 significa : significa(5);
 B2 tambem : tambem(112);
 B2 vejo : vejo(14);
 B2 velha : velha(3);
 B2 virose+ : virose(2), viroses(2);

 Formes associées au contexte C

C9 cas+er : casa(117);
 C9 ajud+ : ajuda(60), ajudante(1), ajude(1);
 C9 arrumar : arrumar(42);
 C9 consigo : consigo(39);
 C9 cuidar : cuidar(60);
 C9 estou : estou(84);
 C9 faco : faco(47);
 C9 fazer : fazer(125);
 C9 fico : fico(92);
 C9 gosto : gosto(93);
 C9 relacao : relacao(47);
 C9 tenho : tenho(154);
 C9 vez+ : vez(21), vezes(112);
 C8 cansada : cansada(58);
 C8 marido : marido(71);
 C8 minha+ : minha(196), minhas(20);
 C8 nem : nem(82);
 C8 sinto : sinto(38);
 C7 mouvoir. : meus(38);
 C7 chega : chega(22);
 C7 coisa+ : coisa(48), coisas(78);
 C7 colo : colo(30);
 C7 quero : quero(32);
 C6 mas : mas(231);

C6 sou+ : sou(29);
 C6 tempo : tempo(110);
 C6 cont+er : conta(20), contas(1);
 C6 pa+yer : pai(22);
 C6 responsa< : responsabilidade(7), responsabilidades(3);
 C6 ajudam : ajudam(12);
 C6 atrapalh+ : atrapalha(13), atrapalhe(2);
 C6 banho : banho(17);
 C6 briga+ : briga(11), brigas(1);
 C6 cabelo : cabelo(12);
 C6 cansativo : cansativo(22);
 C6 deixo : deixo(16);
 C6 del+ : dele(57), deles(4);
 C6 disposta : disposta(11);
 C6 em : em(109);
 C6 fralda : fralda(11);
 C6 lugar : lugar(17);
 C6 mim : mim(75);
 C6 mudou : mudou(16);
 C6 olhar : olhar(16);
 C6 posso : posso(11);
 C6 roupa+ : roupa(22), roupas(3);
 C6 sempre : sempre(72);
 C6 sexo : sexo(9);
 C6 sexu+ : sexuais(1), sexual(11);
 C6 trabalh+ : trabalha(15);
 C6 unha+ : unha(8), unhas(1);
 C6 vou : vou(37);
 C5 creche+ : creche(8);
 C5 entende. : entende(10);
 C5 reclam+er : reclama(8);
 C5 ru+er : rua(16);
 C5 triste+ : triste(8);
 C5 adoro : adoro(6);
 C5 apoio : apoio(19);
 C5 aqui : aqui(23);
 C5 arruma : arruma(6);
 C5 arrumo : arrumo(6);
 C5 atrapalhou : atrapalhou(5);
 C5 brinca : brinca(5);
 C5 cansaco : cansaco(11);
 C5 complicado+ : complicado(16);
 C5 cozinha : cozinha(7);
 C5 cuida : cuida(7);
 C5 cuido : cuido(9);
 C5 deito : deito(7);
 C5 desempregado : desempregado(5);

C5 dinheiro : dinheiro(20);
C5 ele+ : ele(449), eles(58);
C5 estranho : estranho(9);
C5 feliz+ : feliz(11), felizes(2);
C5 homem : homem(7);
C5 incomoda : incomoda(15);
C5 inicio : inicio(22);
C5 mora : mora(9);
C5 ninguem : ninguem(21);
C5 nunca : nunca(38);
C5 paro : paro(5);
C5 passear : passear(7);
C5 pegando : pegando(6);
C5 penso : penso(17);
C5 preciso : preciso(14);
C5 quer+ : quer(54), querer(6);
C5 sai+ : sai(7), saia(6), sair(38);
C5 tiro : tiro(5);
C5 vergonha : vergonha(19);
C4 cafe+ : cafe(5);
C4 lav+er : lava(7);
C4 paitre. : pais(5);
C4 vid+er : vida(20);
C4 acabo : acabo(6);
C4 aconteceu : aconteceu(8);
C4 acordo : acordo(6);
C4 acostumado : acostumado(4);
C4 adiant+ : adianta(6);
C4 ajudando : ajudando(5);
C4 ajudar : ajudar(13);
C4 ajudava : ajudava(5);
C4 amigo+ : amigo(2), amigos(2);
C4 aproveitar : aproveitar(4);
C4 atencao : atencao(12);
C4 atend+ : atendente(1), atender(2);
C4 atrasada+ : atrasada(1), atrasadas(2);
C4 bast+ : basta(1), bastante(33);
C4 cara : cara(6);
C4 carrinho : carrinho(11);
C4 cidade : cidade(4);
C4 coloco : coloco(7);
C4 complicada : complicada(3);
C4 compro : compro(5);
C4 deixar : deixar(22);
C4 desarrumada+ : desarrumada(3), desarrumadas(1);
C4 domingo : domingo(4);
C4 engravidar : engravidar(4);

C4 entendeu : entendeu(4);
C4 estress+ : estressa(3), estressante(1);
C4 estudar : estudar(6);
C4 falo : falo(7);
C4 fazendo : fazendo(18);
C4 filha+ : filha(44);
C4 lavando : lavando(4);
C4 lavo : lavo(3);
C4 louca : louca(4);
C4 morar : morar(4);
C4 morava : morava(5);
C4 moro : moro(4);
C4 mudar : mudar(5);
C4 mundo : mundo(23);
C4 nada : nada(73);
C4 nossa+ : nossa(13), nossas(1);
C4 novela+ : novela(3), novelas(1);
C4 olhava : olhava(3);
C4 olh+ : olha(12);
C4 organizar : organizar(6);
C4 paciencia : paciencia(16);
C4 pagar : pagar(4);
C4 pega : pega(17);
C4 pensar : pensar(10);
C4 prazer : prazer(7);
C4 prefiro : prefiro(6);
C4 preocupado : preocupado(5);
C4 procurando : procurando(5);
C4 procurava : procurava(4);
C4 raiva : raiva(4);
C4 reclamar : reclamar(5);
C4 resolv+ : resolver(4), resolvi(2);
C4 sabado : sabado(5);
C4 saio : saio(11);
C4 sem : sem(20);
C4 semana+ : semana(15);
C4 sobra : sobra(4);
C4 sono : sono(9);
C4 ter : ter(67);
C4 trabalhando : trabalhando(8);
C4 tudo : tudo(103);
C4 varre+ : varre(2), varrer(1);
C4 ve : ve(14);
C3 brav+er : brava(4);
C3 import+er : importa(4);
C3 procur+er : procura(4);
C3 su+er : sua(2), suas(4);

C3 acham : acham(4);
 C3 acostumei : acostumei(6);
 C3 almoçar : almoçar(7);
 C3 arrumava : arrumava(4);
 C3 brincar : brincar(6);
 C3 colegio : colegio(7);
 C3 conciliar : conciliar(9);
 C3 corrido : corrido(7);
 C3 dormindo : dormindo(8);
 C3 est+ : esta(98), este(1);
 C3 fala : fala(35);
 C3 ficam : ficam(7);
 C3 gente : gente(90);
 C3 horario+ : horario(8);
 C3 larga : larga(4);
 C3 levar : levar(10);
 C3 levo : levo(5);
 C3 nenem : nenem(21);
 C3 passar : passar(13);
 C3 pro : pro(4);
 C3 sabe+ : sabe(9), saber(18);
 C3 temos : temos(7);
 C3 tendo : tendo(9);
 C3 tomando : tomando(4);
 C3 tomar : tomar(12);
 C3 trocar : trocar(5);
 C3 vaidosa : vaidosa(4);
 C2 adianto : adianto(2);
 C2 aguento : aguento(2);
 C2 cansado : cansado(3);
 C2 falta : falta(13);
 C2 janta : janta(8);
 C2 jeito : jeito(17);
 C2 parar : parar(17);
 C2 pensando : pensando(6);
 C2 praticamente : praticamente(2);
 C2 reclamou : reclamou(5);
 C2 resguardo : resguardo(3);
 C2 vivia : vivia(2);

 Formes associées au contexte D

D9 dormir. : dorme(38), dormir(20);
 D9 acordava : acordava(22);
 D9 cinco : cinco(18);

D9 comecei : comecei(25);
D9 dava : dava(41);
D9 dei : dei(48);
D9 dia+ : dia(66), dias(11);
D9 dormia : dormia(49);
D9 dou : dou(59);
D9 era : era(61);
D9 ficava : ficava(71);
D9 hora+ : hora(65), horas(27);
D9 inteira : inteira(17);
D9 mamadeira+ : mamadeira(103), mamadeiras(1);
D9 mamava : mamava(45);
D9 mes+ : meses(56);
D9 noite : noite(88);
D9 quatro : quatro(30);
D9 tinha : tinha(55);
D9 voltei : voltei(17);
D8 almoco : almoco(13);
D8 colocava : colocava(10);
D8 comidinha : comidinha(9);
D8 dez : dez(9);
D8 sustentando : sustentando(14);
D7 legume+ : legumes(6);
D7 cha : cha(13);
D7 chorando : chorando(20);
D7 chorava : chorava(24);
D7 feijao : feijao(5);
D7 introduzi+ : introduzi(6), introduzir(1);
D7 manha : manha(15);
D7 novo : novo(15);
D7 parava : parava(8);
D7 so : so(115);
D7 sustentava : sustentava(12);
D7 tentei : tentei(7);
D7 trabalhar : trabalhar(36);
D6 acorda : acorda(15);
D6 acordar : acordar(7);
D6 acostumando : acostumando(6);
D6 agora : agora(36);
D6 almoca : almoca(5);
D6 chazinho : chazinho(6);
D6 descansar : descansar(14);
D6 fruta+ : fruta(7);
D6 madrugada : madrugada(12);
D6 mama : mama(65);
D6 minuto+ : minutos(6);
D6 parecia : parecia(8);

D6 queria : queria(22);
D6 servico+ : servico(16), servicos(1);
D6 sossegada : sossegada(4);
D6 voltar : voltar(10);
D5 dur+er : durante(13);
D5 aceitou : aceitou(3);
D5 acostumar : acostumar(6);
D5 agua : agua(16);
D5 berco : berco(5);
D5 cama : cama(10);
D5 chegava : chegava(5);
D5 chego : chego(8);
D5 colher : colher(7);
D5 comecar : comecar(5);
D5 comecava : comecava(2);
D5 comendo : comendo(6);
D5 comida : comida(16);
D5 direto : direto(12);
D5 ela+ : ela(306), elas(1);
D5 fazia : fazia(11);
D5 inteiro : inteiro(12);
D5 intervalo+ : intervalo(6);
D5 mamar : mamar(53);
D5 meia : meia(10);
D5 menor : menor(3);
D5 passava : passava(4);
D5 pouquinho : pouquinho(13);
D5 pra : pra(17);
D5 quando : quando(79);
D5 querendo : querendo(11);
D5 quietinha : quietinha(6);
D5 sentia : sentia(7);
D5 sopinha : sopinha(4);
D5 suco : suco(10);
D5 toda+ : toda(43);
D4 pel+er : pela(4), pelas(1);
D4 aceita : aceita(2);
D4 achava : achava(11);
D4 acordada : acordada(4);
D4 acordado : acordado(2);
D4 ante+ : antes(14);
D4 assim : assim(20);
D4 ate : ate(48);
D4 banana : banana(3);
D4 bonzinho : bonzinho(2);
D4 colica : colica(13);
D4 comia : comia(3);

D4 dando : dando(22);
D4 descobri : descobri(2);
D4 estressada : estressada(2);
D4 faltando : faltando(4);
D4 fome : fome(16);
D4 frutinha : frutinha(2);
D4 ir : ir(9);
D4 mandava : mandava(2);
D4 meio+ : meio(10);
D4 ness+ : nessa(1), nesse(9), nesses(1);
D4 outro+ : outro(16), outros(17);
D4 papinha : papinha(3);
D4 tumultuado : tumultuado(2);
D4 vinte : vinte(5);
D4 volto : volto(2);
D3 adiantar : adiantar(3);
D3 ainda : ainda(9);
D3 deixava : deixava(4);
D3 entao : entao(31);
D3 irritada : irritada(1);
D3 no : no(103);
D3 ponho : ponho(3);
D3 sutia : sutia(1);
D3 tentava : tentava(1);
D3 todo+ : todo(25), todos(1);
D2 mont+er : monte(6);
D2 arroz : arroz(2);
D2 calmo : calmo(3);
D2 cedo : cedo(5);
D2 chora : chora(9);
D2 choro : choro(3);
D2 complemento+ : complemento(2);
D2 cuidava : cuidava(2);
D2 descansada : descansada(2);
D2 pouco+ : pouco(23);
D2 tirava : tirava(2);
D2 trabalho+ : trabalho(16);

