



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

KAASY MARY CAVALCANTI

ALEITAMENTO MATERNO E DESMAME NO CAPSij:
Rupturas e transições no curso de vida de mães

Recife
2024

KAASY MARY CAVALCANTI

ALEITAMENTO MATERNO E DESMAME NO CAPSij:
Rupturas e transições no curso de vida de mães

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dr. Renata Lira dos Santos Aléssio.

Recife
2024

Catálogo de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Cavalcanti, Kaasy Mary.

Aleitamento materno e desmame no CAPSij: rupturas e transições no curso de vida de mães / Kaasy Mary Cavalcanti de Melo. - Recife, 2024.

97f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Pós-Graduação em Psicologia, 2024.

Orientação: Renata Lira dos Santos Aléssio.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Maternidade; 2. Aleitamento materno; 3. CAPSij. I. Aléssio, Renata Lira dos Santos. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

Folha de aprovação

AGRADECIMENTOS

A Deus que me concedeu inspiração para escrever este trabalho e fez com que tudo desse certo.

Ao meu pai, Isaac, com quem aprendi a importância da leitura e dos estudos.

Ao meu esposo e companheiro, Wagner, que foi parceiro desta dissertação.

À minha rede de apoio, composta principalmente pela minha mãe, Ivete, e pela minha sogra, Norma, que foram suporte para a construção desse trabalho.

Às minhas amigas, mães de crianças na primeira infância assim como eu, com quem compartilhei os meus desafios na amamentação e no desmame e que, de certa forma, contribuíram com esta dissertação.

À minha orientadora, Renata Lira, pelas trocas, risadas e por deixar esse processo leve.

A todas as mães que compartilharam comigo as dores e desafios da maternidade, muitas vezes solo, de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento.

À equipe do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Padre Roma, em Jaboatão dos Guararapes – PE, pela contribuição com o meu trabalho, especialmente nos momentos das entrevistas com as mães.

Ao meu filho, Tiago, com quem vivenciei uma amamentação continuada e um desmame marcado por respeito e cuidado e quem me inspirou na construção deste problema de pesquisa.

RESUMO

Utilizando como lentes a Psicologia Sociocultural de Zittoun, este estudo buscou compreender as experiências de amamentação e desmame de mães de crianças acompanhadas em um CAPS infantojuvenil e suas repercussões no desenvolvimento dessas mulheres. Foram entrevistadas oito mães que acompanhavam seus filhos em um CAPSij da região metropolitana de Recife-PE. A partir da análise fenomenológica, foram identificadas cinco Unidades de Significado: 1) Dificuldades experienciadas na amamentação; 2) A experiência solitária do desmame; 3) Cultura do desmame precoce e/ou abrupto; 4) A descoberta do diagnóstico; 5) Transições no curso de vida de mães de crianças acompanhadas em um CAPSij. As entrevistadas referiram fragilidade da rede de apoio, com abandono do genitor. A amamentação foi percebida como uma valiosa oportunidade para se conectar à criança. Comportamentos atípicos dos bebês foram identificados pelas mães durante o aleitamento. A experiência do desmame foi vivenciada de forma solitária e intuitiva. A cultura de desmame precoce e/ou abrupto esteve presente nas orientações realizadas por profissionais da psicologia. A confirmação do diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo foi experienciada como uma ruptura no curso de vida, possibilitando transição para uma nova esfera de experiência e trouxe impactos nas experiências de amamentação e desmame, principalmente devido à seletividade alimentar. A maternidade de crianças acompanhadas em um CAPSij proporcionou nova percepção da vida e alterações na identidade. Esta pesquisa trouxe elementos sobre as vivências de amamentação e desmame a partir do olhar da mulher, dando visibilidade às suas inseguranças e sofrimentos, contribuindo para um melhor planejamento de ações de promoção e apoio ao aleitamento materno. O desmame é um campo pouco abordado pelas políticas públicas, mas foi amplamente estudado nesta pesquisa que considerou que a amamentação é um tema intersetorial e transversal, possuindo aspectos psicológicos, biológicos, históricos, sociais e culturais.

Palavras-chave: maternidade; aleitamento materno; desmame; CAPSij; desenvolvimento.

ABSTRACT

Using Zittoun's Sociocultural Psychology as a lens, this study sought to understand the breastfeeding and weaning experiences of mothers of children monitored in a children's CAPS and their repercussions on the development of these women. Eight mothers who accompanied their children at a CAPSij in the metropolitan region of Recife-PE were interviewed. From the phenomenological analysis, five Units of Meaning were identified: 1) Difficulties experienced in breastfeeding; 2) The lonely experience of weaning; 3) Culture of early and/or abrupt weaning; 4) Discovery of the diagnosis; 5) Transitions in the life course of mothers of children monitored at a CAPSij. The interviewees reported fragility in the support network, with abandonment by the parent. Breastfeeding was perceived as a valuable opportunity to connect with the child. Atypical behaviors of babies were identified by mothers during breastfeeding. The weaning experience was experienced in a solitary and intuitive way. The culture of early and/or abrupt weaning was present in the guidance provided by psychology professionals. Confirmation of the diagnosis of Autism Spectrum Disorder was experienced as a rupture in the course of life, enabling the transition to a new sphere of experience and brought impacts on breastfeeding and weaning experiences, mainly due to food selectivity. Motherhood of children monitored at a CAPSij provided a new perception of life and changes in identity. This research brought elements about the experiences of breastfeeding and weaning from the woman's perspective, giving visibility to their insecurities and suffering, contributing to better planning of actions to promote and support breastfeeding. Weaning is a field little covered by public policies, but it was widely studied in this research, which considered that breastfeeding is an intersectoral and transversal theme, having psychological, biological, historical, social and cultural aspects.

Keywords: maternity; breastfeeding; weaning; CAPSij; development.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica das participantes	37
Quadro 2 – Caracterização dos filhos das participantes acompanhados no CAPSij	37
Quadro 3 – Unidades de Significado	40
Quadro 4 – Definição das Unidades de Significado presentes em cada participante	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSij	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
DI	Deficiência Intelectual
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	111
2	MATERNIDADE	133
2.1	MATERNIDADE DE CRIANÇAS ACOMPANHADAS EM UM CAPSIJ	166
3	ALEITAMENTO MATERNO	200
3.1	DESMAME	233
4	RUPTURAS E TRANSIÇÕES	2727
5	OBJETIVOS	333
5.1	GERAL.....	333
5.2	ESPECÍFICOS	333
6	PERCURSO METODOLÓGICO	344
6.1	NATUREZA DA PESQUISA.....	344
6.2	LOCAL DA PESQUISA	344
6.3	PARTICIPANTES	355
6.4	INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS	38
6.5	ANÁLISE DE DADOS	39
6.6	ASPECTOS ÉTICOS	411
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	433
7.1	A SINGULARIDADE DAS EXPERIÊNCIAS	433
7.1.1	Participante 1 – Clara	43
7.1.2	Participante 2 – Diana	44
7.1.3	Participante 3 – Isabela	46
7.1.4	Participante 4 – Íris	48
7.1.5	Participante 5 – Madalena	49
7.1.6	Participante 6 – Sara	50

7.1.7 Participante 7 – Fernanda	52
7.1.8 Participante 8 – Sandra	53
7.2 A TRANSVERSALIDADE DAS EXPERIÊNCIAS	555
7.2.1 Dificuldades experienciados na amamentação	555
7.2.2 A experiência solitária do desmame	622
7.2.3 Cultura do desmame precoce e/ou abrupto	655
7.2.4 A descoberta do diagnóstico	68
7.2.5 Transições no curso de vida de mães de crianças acompanhadas em um CAPSij	711
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	733
REFERÊNCIAS	799
APÊNDICES	86
ANEXOS	91

1 INTRODUÇÃO

A maternidade é um fenômeno bastante complexo, é uma experiência que pode ser vivenciada de maneiras diferentes por cada mulher, em diversas sociedades, podendo ser sentida como interessante, satisfatória, dolorosa ou até mesmo frustrante. Badinter (1985) afirma que o amor materno não é instintivo, nem uma tendência inata feminina, mas é adquirido ao longo do tempo passado com o filho e a partir dos cuidados dedicados à criança. É um sentimento humano como outro qualquer, sendo assim é frágil, vulnerável e falho, sofrendo grandes influências culturais.

A imposição da maternidade vista como um fenômeno natural, bem como sua romantização e idealização trouxeram grande sofrimento psíquico à mulher. O nascimento de um filho pode provocar mudanças importantes na identidade feminina, acarretando em transformações em suas relações pessoais e sociais, em sua postura diante do mundo e na sua autoimagem (GIORDANI et al., 2018).

Dentre as diversas experiências que mulheres encontram na maternidade está a amamentação, que se configura como uma vivência cercada de muitas ambivalências. O Aleitamento Materno (AM) é essencial para nutrir o bebê no início da vida, além de fortalecer os laços afetivos entre mãe e filho. As propriedades nutricionais do leite materno são inigualáveis. Amamentar é a forma mais econômica de nutrir uma criança por ser uma prática que não gera custos nem impactos ambientais quando comparada ao aleitamento artificial, trazendo benefícios para o bebê, a mulher, a família e a sociedade (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2023). Algumas mulheres vão amamentar seus filhos sem o conhecimento de que eles possuem alguma condição diferente, como geralmente é o caso de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), e vivenciam uma parte da experiência de amamentar seus filhos desconhecendo o diagnóstico (DOOLEY, 2017).

O desmame é um processo esperado e gradativo no qual ocorre a interrupção da amamentação. Geralmente há uma diminuição da oferta pela mãe e/ou menos interesse da criança pelas mamadas até a suspensão completa (BRASIL, 2015e). Segundo o Glossário do Ministério da Saúde (2004, p. 41), “desmame é um processo que se inicia com a introdução de qualquer alimento na dieta da criança que não seja o leite materno – incluindo os chás e a água – e que termina com a suspensão completa do leite materno”. É um campo pouco abordado pelas políticas públicas e escassamente estudado na área da saúde (KALIL;

AGUIAR, 2021). Documentos tão importantes como Cartilha da Mulher Trabalhadora que Amamenta (BRASIL, 2015a), Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno (BRASIL, 2017a) e Amamentação: A base da vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018) nem sequer mencionam a palavra desmame.

Momentos de mudanças e crises como os citados acima podem causar efeitos significativos no desenvolvimento humano. Sobre isso, Zittoun (2012) propõe um modelo de desenvolvimento ao longo de todo o curso de vida, considerando pressupostos da Psicologia Sociocultural. De acordo com a autora, há uma complexa interação entre desenvolvimento, questões culturais, mudanças sociais e experiências vividas.

Utilizando como lentes a Psicologia Sociocultural de Zittoun (2009), este estudo buscou compreender as experiências de amamentação e desmame de mães de crianças acompanhadas em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) e se propôs a responder às seguintes perguntas de pesquisa: Como foi a experiência de aleitamento materno e desmame para mães de crianças acompanhadas em um CAPSij? Que aspectos do desenvolvimento foram mobilizados nessas mulheres a partir dessas experiências?

Esta dissertação está dividida em oito seções, sendo a primeira esta introdução. A segunda sessão versa sobre os significados da maternidade e de como eles são socialmente construídos. A terceira seção discute sobre a importância da amamentação e a necessidade de que as mulheres recebam orientação de como realizar o desmame quando desejarem fazê-lo. A quarta seção discute sobre os conceitos de rupturas e transições de Tânia Zittoun (2012), referencial teórico deste estudo. Na quinta seção estão descritos os objetivos e na sexta, o percurso metodológico, tendo como base o método fenomenológico em psicologia (TRINDADE; MENANDRO; GIANÓRDOLI-NASCIMENTO, 2007). Na sétima seção foram descritas a análise e a discussão dos resultados e na última seção estão apresentadas as considerações finais.

2 MATERNIDADE

A construção da maternidade é social e histórica, sofrendo influências de contextos econômicos e políticos. O seu valor foi se alterando ao longo do tempo (BADINTER, 1985). Na atualidade, ainda é percebida como algo natural e obrigatório e seus desafios são silenciados pela romantização. No entanto, na idade média no contexto europeu, as crianças possuíam pouco vínculo com suas famílias, pois havia um baixo investimento afetivo na criança pequena, por sua fragilidade e vulnerabilidade, em uma época na qual cerca de 25% dos nascidos vivos não sobreviviam. Desta forma, não se vincular à criança possibilitava menos sofrimento caso ela não sobrevivesse (MOURA; ARAÚJO, 2004). No entanto, Badinter (1985) refere que seria justamente o pouco apego às crianças que acarretava nas altas taxas de mortalidade. Para esta autora, o amor materno não é instintivo nem universal ou espontâneo, mas um sentimento construído a partir de interesses econômicos, sociais e políticos. Ela exemplifica esse conceito lembrando que, durante o século XVIII, as mães entregavam seus filhos a amas de leite, logo após o parto, mesmo com o risco elevado de morte, e só recebiam a criança de volta quando ela desmamava, em torno dos quatro anos de idade, quando ainda eram enviadas para conventos ou internatos para receber instrução e educação.

A partir de um suposto declínio populacional na Europa devido a guerras, fomes e altas taxas de mortalidade infantil, começa-se a dar mais importância ao cuidado à infância, surgindo assim uma exaltação ao amor materno. Sua valorização se dá em um momento histórico de crise econômica, no qual havia carência de mão de obra, sendo interessante assim, diminuir a mortalidade infantil devido ao potencial produtivo da criança (MOURA; ARAÚJO, 2004). Desta forma, a criança passa a ser vista como um ser especial e merecedor de cuidados e, a mulher como promotora desse cuidado, sendo o destino de todas cuidar dos filhos, supondo-se haver uma vocação natural e determinada biologicamente, mas que, na verdade, servia a sistemas e instituições dominadas por homens (BADINTER, 1985). Há todo um convencimento, baseado num discurso ideológico de que à mulher caberia cuidar do futuro do Estado. Em um cenário no qual ela não tinha acesso a direitos, estas ideias pareciam um reconhecimento da sua importância, surgindo assim um ideal de maternidade e a naturalização do sentimento materno (ZANELLO, 2016).

Atrelado a isso e para garantir a sobrevivência de crianças, era necessário alterar alguns hábitos de cuidado, como o aleitamento realizado pelas amas-de-leite, pois esta prática elevava a mortalidade infantil (MOURA; ARAÚJO, 2004). O Brasil importou essa cultura europeia, retirando aos poucos a figura da ama-de-leite, tanto para combater a mortalidade infantil quanto pela suposta deformação moral das crianças cuidadas e amamentadas por mulheres escravizadas. Sendo assim, entre os séculos XVII e XIX, o aleitamento materno passa a ser de responsabilidade unicamente da mãe que passa a exercer diversas funções como nutrir, educar e ensinar, como se fossem atribuições inerentemente femininas. Com o aumento da demanda, passa a haver uma valorização do sacrifício e da devoção à família como algo próprio da maternidade. Essa abnegação da mulher-mãe, seu sofrimento voluntário e alto zelo pela criança representavam ideologicamente um caminho para a plenitude de sua feminilidade (MOURA; ARAÚJO, 2004).

O conceito de maternidade também sofreu alterações a partir dos avanços dos direitos sexuais e reprodutivos, especialmente com o surgimento das pílulas anticoncepcionais que possibilitaram à mulher maior controle sobre seu corpo, passando a escolher ter filhos ou não e quando tê-los, provocando um rompimento com o determinismo biológico (DAMACENO, 2021).

Na sociedade industrial, a mulher é inserida no mundo do trabalho passando a assumir novos papéis, o que trouxe realização pessoal por meio da carreira profissional e o adiamento da maternidade ou até mesmo sua recusa. Todavia, a mulher também se deparou com uma dupla jornada, pois ainda precisava cuidar dos filhos, do ambiente doméstico, de si mesma e de sua carreira profissional, sem espaços para ambivalências, insatisfação, arrependimentos ou qualquer expressão de sofrimento (ZANELLO, 2016).

No final do século XX, o exercício da maternidade passa a ser fundamentado por especialistas dos cuidados infantis: pediatras, pedagogos e psicólogos, por exemplo. Para Zanello (2016) “a Psicologia também deu o seu quinhão na construção dessa maternidade, sobretudo através da ideia de higienização e do controle dos afetos, ao prescrever o que seria uma “boa mãe” e os efeitos “nefastos” de uma mãe má” (p.115). A autora ainda refere que quando a Psicologia fala sobre maternidade, geralmente o foco está no desenvolvimento da criança e não na mulher e que ainda há uma ausência na Psicologia de problematização sobre a construção social e histórica da maternidade.

Brasil e Costa (2018), ao realizarem uma análise sobre as interlocuções entre maternidade, feminismo e psicanálise, observaram que, nas teorias freudianas, a feminilidade

é marcada pela falta, a partir do entendimento de uma diferença anatômica com ausência do pênis, apresentando um discurso falocêntrico, colocando o corpo da mulher em um lugar de inferioridade. A maternidade então surgiria como um momento de completude da mulher, aplacando essa falta.

A psicanálise, em sua história e a partir de diversos autores, a maioria homens, compreendeu a relação da mãe com a criança/bebê como estruturante da personalidade, potencializando um discurso que coloca a mulher como inteiramente responsável pela saúde mental do filho, fortalecendo a concepção das mulheres como cuidadoras primárias, especialista nas necessidades do filho e agentes indispensáveis nos cuidados, perpetuando a desigualdade de gênero e contribuindo para a culpabilização das mães (BRASIL; COSTA, 2018).

No entanto, Brasil e Costa (2018) consideram que, dentre as teorias psicanalíticas, as ideias winicottianas permitiram certa flexibilização, pois não se colocaram dependentes de conceitos falocêntricos, trazendo uma valorização do feminino, afirmando que a incompletude é um fenômeno humano, experienciado por homens e mulheres, apesar de ainda considerar que a maternidade seria umas das formas de a mulher experienciar a completude. Além disso, a teoria winicottiana refere que a maternidade é um trabalho coletivo e que há uma maternagem presente também no masculino. Todavia, os autores consideram que o conceito de ‘mãe suficientemente boa’ que se refere àquela que ampara psiquicamente o bebê, lhe dedicando atenção integral e falhando minimamente, produz um ideal de maternidade e ainda fortalece a ideia de que esse cuidado ao bebê seria algo inerente à natureza feminina.

A culpa materna, segundo Zanello (2016), é a comprovação de que todo o sistema de ideias criado para naturalizar a maternidade deu certo: “As mulheres se culpam, quando mães, por cuidarem demais, por cuidarem de menos, por não cuidarem. Culpam-se também por não desejarem ser mães, quando descobrem uma gravidez; por se arrependerem de ter tido um filho (apesar de muitas vezes amá-lo, ambivalência); por não se disponibilizarem a cuidar dos outros” (pp. 114). Além disso, a autora sinaliza que não há espaço para as mulheres expressarem o mal estar sentido no exercício da maternidade, havendo uma patologização da infelicidade.

Nos tempos atuais, a maternidade ainda é idealizada, romantizada e colocada como a principal forma de realização da feminilidade, uma valorização social que pode proporcionar sofrimento psíquico à mulher (DAMACENO, 2021). A maternidade é uma questão sobre a qual todas as mulheres, em algum momento da vida, irão se perguntar, mesmo aquelas que

não desejam ser mães, pois precisarão quebrar o paradigma da maternidade compulsória que sinaliza que a fertilidade é uma dádiva, a infertilidade é um castigo e o desejo de não ter filhos é algo antinatural (BERNARDES; LOURES; ANDRADE, 2019). A romantização da maternidade reflete no processo de culpabilização da mulher que, muitas vezes, torna-se mãe sob a ideia de uma grande realização e satisfação pessoal, se deparando com uma dissociação entre o que foi idealizado, a partir daquilo que é transmitido socialmente, e a maternidade real (SCAVONE, 2001).

Diante de todas as questões e reflexões colocadas acima, percebe-se que a maternidade de crianças em alguma condição de sofrimento psíquico pode ser uma experiência ainda mais desafiadora, pois as vivências de solidão e desamparo podem ser bem mais frequentes. Geralmente há uma dedicação integral e exclusiva, sem suporte social e com uma rotina de cuidados árdua e cansativa. É uma maternagem ainda mais solitária, aprisionadora e intuitiva (SMEHA; CEZAR, 2011).

2.1 MATERNIDADE DE CRIANÇAS ACOMPANHADAS EM UM CAPSII

Os CAPSij são dispositivos comunitários de cuidado em saúde mental que tem um caráter substitutivo ao modelo asilar no contexto da Reforma Psiquiátrica. Atendem crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico decorrentes de transtornos mentais graves e persistentes. São pontos de atenção estratégicos da Rede Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde. Constituem-se como serviços abertos e comunitários e de cuidado prioritariamente coletivo, desenvolvido mediante projeto terapêutico singular. São formados por equipe multidisciplinar que atuam sob a ótica interdisciplinar. Os CAPSij oferecem atendimento psicossocial que inclui acompanhamento individual, atendimento e orientação às famílias, acompanhamento medicamentoso, grupos terapêuticos, ações intersetoriais, contemplando a escola, a atenção básica, a assistência social, a rede especializada de saúde, dentre outros (BRASIL, 2015b).

Felix, Santos e Aléssio (2020) realizaram um estudo em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, na cidade do Recife-PE, com o objetivo de descrever as experiências e representações sociais relativas à maternagem de crianças acompanhadas neste dispositivo de saúde. As autoras entrevistaram quinze mães e perceberam três categorias temáticas de relatos: 1) *o impacto do diagnóstico*, que se refere ao processo de aceitação da condição do filho e é permeado por grande sofrimento; 2) *os sacrifícios e os prazeres da*

maternidade, que fala sobre a dependência da criança e a necessidade de dedicação intensiva da mãe; 3) *o maternar e as desigualdades de gênero*, que reflete as mães como principais cuidadoras ou como únicas responsáveis pelo cuidado às crianças, havendo um predomínio da figura feminina.

Uma pesquisa realizada em um CAPSij no estado da Bahia com mães de crianças com TEA mostrou que o cuidado é percebido por essas mulheres como estressante devido a uma alta demanda com rotina e atendimentos especializados, necessidade de estimulação em ambiente doméstico, preocupações com alimentação adequada devido à seletividade alimentar e ausência paterna, o que resulta em abdicação da vida social, profissional e dos seus próprios desejos. Sua rotina é totalmente comprometida com os cuidados com o filho, sendo inviável exercer qualquer atividade fora de casa. Desta forma, além de abrir mão da vida profissional, as mães de crianças com TEA diminuem a convivência social, ficam mais reclusas em casa cuidando dos filhos e dos afazeres domésticos, quando saem de casa, é com a finalidade de levar o filho a algum atendimento em saúde, ou seja, dedicam-se integralmente, sem pausa, lazer ou descanso (ARAÚJO et al., 2020).

O Transtorno do Espectro Autista se caracteriza como uma condição do neurodesenvolvimento que afeta a comunicação e interação social e que acarreta em comportamentos e interesses restritos e repetitivos. Esses sintomas podem se apresentar em menor ou maior grau, trazendo prejuízos ao indivíduo. Tem início na infância e os primeiros sinais se manifestam antes dos primeiros 36 meses de vida e apresenta três níveis de suporte: nível um (pouco suporte), nível dois (suporte moderado), nível três (suporte substancial) (APA, 2014). Geralmente a criança com autismo tem um contato visual e social prejudicados; o uso da linguagem com intenção social pode estar comprometido, inadequado ou até mesmo ausente; apresenta dificuldade em compreender metáforas, ironias ou de pensar a partir do olhar do outro; o uso da imaginação, imitação e brincadeiras de faz-de-conta estão comumente ausentes; pode haver apego exagerados a objetos e rotina, com dificuldades para flexibilização; é comum a presença de estereotípias verbais ou motoras e de comportamentos disruptivos principalmente em quebras de rotina e em situações novas ou desconhecidas pela criança. O TEA não possui uma etiologia totalmente esclarecida, sendo resultante de uma complexa interação entre fatores genéticos e ambientais (BRASIL, 2015b).

O movimento da neurodiversidade, liderado principalmente por pessoas com TEA e seus familiares, consideram o autismo não como um transtorno, mas como uma forma de expressão da pluralidade neurocognitiva (ABREU, 2022). O conceito de neurodiversidade

seria uma analogia à biodiversidade: assim como temos diversidade nas espécies da natureza, também teríamos cérebros diversos e, portanto, pessoas diferentes e não deficientes. Sendo assim, ser neurodiverso não seria algo de um grupo específico, mas de toda uma coletividade. Abreu (2022) afirma que o movimento da neurodiversidade busca combater a ideia de neuronormatividade, considerando o autismo como uma condição do neurodesenvolvimento, sendo assim, não seria um termo científico, mas político. Em contraponto, é importante ressaltar que o TEA pode causar prejuízos ao indivíduo, havendo a necessidade de se garantir acesso a direitos e a atendimento especializado em saúde:

“Pessoas com TEA (...) preferem que a sua condição seja entendida como uma diferença e não como uma patologia psiquiátrica ou uma deficiência, pois isso reduz o estigma e aumenta suas oportunidades de inserção social. Por outro lado, o reconhecimento de sua condição como uma patologia e/ou uma deficiência permite o seu acesso a serviços e recursos. Ambos os aspectos são legítimos e devem ser considerados no debate público” (BRASIL, 2015b, p. 41).

A sobrecarga feminina, causada principalmente por falta de rede de apoio nos cuidados à criança com TEA, foi algo identificado nos estudos de Araújo et al. (2020), Smeha e Cezar (2011), Klinger (2020). Todas as atribuições do filho com TEA circundam à mãe, sendo ela o centro do cuidado, havendo ausência de suporte da família, da sociedade e principalmente do genitor, contribuindo para agravos na saúde física e emocional da mulher devido ao alto nível de estresse. A rede de apoio, além de ser importante para as mães também contribui para o desenvolvimento da sociabilidade da criança com TEA, que tem como principal sintoma a prejuízo na interação social. A exclusão social vivida por crianças autistas é uma outra questão que traz sofrimento. Comportamentos disruptivos comuns no TEA (explosões de raiva, agressividade etc.) geralmente não são acolhidos pela sociedade, fazendo as mães se isolarem no ambiente domésticos para proteger a criança e para evitar julgamentos, contribuindo significativamente para o adoecimento psíquico da mulher.

Um momento de crise para mães de crianças com o TEA é a confirmação do diagnóstico, trazendo impactos psicológicos significativos. Emoções como desesperança, desespero, ansiedade, medo e, por fim, um certo alívio por ter encontrado respostas são bastante relatadas (LOPES et al., 2019). Após um momento de choque, as mães passam por uma fase de luto da criança idealizada que as levam a busca de informações e atendimento especializado, trazendo uma ressignificação da sua relação com a criança e a construção de uma nova maternidade (ARAÚJO et al., 2020; LOPES et al., 2019).

Soke et al. (2019) realizaram uma pesquisa nos Estados Unidos e entrevistaram mães de crianças com TEA e um grupo controle sobre a experiência da amamentação. No entanto, este estudo se dedicou a observar o tempo de aleitamento materno, comparando os dois grupos. Os resultados indicaram que crianças com TEA tiveram uma menor duração da amamentação, mas o estudo não conseguiu concluir as razões desta baixa exposição. Dooley (2017) entrevistou cinco mães de crianças autistas no estado de Iowa, também nos Estados Unidos, com o objetivo de compreender sobre os comportamentos das crianças, mais tarde diagnosticadas com TEA, relacionados à amamentação. A autora buscava observar se as crianças já apresentavam algum sinal de autismo, relacionados a dificuldades alimentares, nas primeiras semanas de vida, a partir de relatos das mães, explorando padrões de amamentação. Neste estudo foram identificados sinais de TEA nos primeiros meses de vida, no entanto, a escuta às mães se deteve em identificar os comportamentos dos bebês e não a compreender a experiência de amamentação a partir do olhar da mãe.

3 ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno protege o bebê contra diarreias, pneumonias, infecções do ouvido e alergias, possibilita um melhor desenvolvimento do sistema nervoso e reduz as chances de desenvolver diabetes, obesidade e alguns tipos de câncer na idade adulta, além de diminuir a ocorrência de mortes em crianças menores de cinco anos. A amamentação é um fator de proteção social e promoção de saúde (BRASIL, 2015d). Estudos sugerem que o aleitamento materno favorece o apego seguro entre mãe e filho. Mães que amamentam tocam seus filhos com maior frequência e passam mais tempo trocando olhares com o bebê do que mães que alimentam seus filhos apenas com mamadeira (KROL; GROSSMANN, 2018).

A amamentação, apesar de seus aspectos biológicos, é considerada uma prática socioculturalmente condicionada e que sofreu diversas modificações ao longo da história (ALMEIDA; NOVAK, 2004). Segundo Giordani et al (2018, p. 2731) “é um fenômeno multifacetado que envolve a complexidade do mundo social, os papéis assumidos pela mulher, seus atributos e expectativas sociais”.

Uma pesquisa realizada por Sales, Castanha e Aléssio (2017) investigou o sentido da experiência de amamentar, através das representações sociais sobre aleitamento materno de mães residentes em Recife-PE e observou uma forte relação entre maternidade e aleitamento materno, ou seja, a amamentação dá sustentação a identidade de mãe. Além disso, o estudo identificou representações sociais de que ‘amamentar é ser uma boa mãe’, apoiadas no discurso tradicional de que a amamentação é um ato de amor e de que a mulher se realiza como mãe através do aleitamento materno.

Um estudo realizado na cidade de Fortaleza-CE (PEIXOTO et al., 2019) com 279 mães que amamentavam, atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), investigou os significados do aleitamento materno para essas mulheres. As autoras identificaram que a amamentação foi considerada uma prática importante pelas participantes devido ao valor que elas atribuem ao leite materno pelo seu efeito protetor e composição nutricional. Além disso, as entrevistadas consideravam a experiência de amamentar como uma expressão do amor materno, pois, segundo elas, a mãe que amamenta é zelosa, cuidadosa, amorosa e protetora. A maioria das participantes percebeu a experiência como positiva. Os sentimentos negativos restringiram-se a poucas mulheres que consideraram a dor ao amamentar. As autoras concluíram que os sentimentos positivos relacionados à experiência de amamentar podem

estar relacionados ao apoio e orientações recebidas pelos profissionais das UBSs no pré-natal, puerpério e puericultura.

Pedro e Toriyama (2019) realizaram uma revisão integrativa sobre as percepções maternas a respeito da influência da amamentação no desenvolvimento emocional infantil e identificaram que as motivações para as mães amamentarem eram guiadas pelas suas percepções de que o aleitamento materno é mais saudável e natural, afirmando que proporciona um bom crescimento para a criança, auxilia no sistema imunológico, contribui para o desenvolvimento do cérebro, previne doenças, proporciona nutrientes adequados, evita cólicas alergias e outros desconfortos gástricos. Sobre o desenvolvimento emocional, as mães do referido estudo percebiam que a amamentação possibilita a criança sentir-se mais segura e madura.

A Psicologia sofreu grande influência da literatura psicanalítica sobre os aspectos psicológicos da amamentação. Para Winnicott (1999), por exemplo, a amamentação é uma forma de comunicação da díade mãe-bebê e é uma vivência bastante significativa para ambos. O contato do bebê com seio materno por meio da sucção proporciona uma relação de intimidade que possibilita satisfação e prazer à dupla envolvida. Ao nascer, o bebê está em absoluta dependência e, por ainda não estar constituído psiquicamente, ele precisa que algum cuidador (geralmente essa função é desempenhada pela mãe) lhe forneça uma sensação de completude e amparo, sustentando-o psiquicamente. O contato físico e íntimo proporcionado pela amamentação proporciona essa sensação de plenitude que o bebê precisa no início da vida para se desenvolver.

Bowlby (1989), psiquiatra de orientação analítica, estudou o vínculo mãe-bebê e concluiu que, para além da questão nutricional, os bebês humanos precisam de uma figura de apego que lhes transmita proteção, conforto e uma relação próxima de cuidado e afeto. Esta necessidade estaria presente desde o nascimento e garantiria a sobrevivência da espécie. Se vincular seria algo tão primário quanto ser alimentado. Apesar de o autor não tratar especificamente sobre a amamentação, sua teoria tem sido utilizada para assegurar que o aleitamento materno proporcionaria uma importante interação mãe-bebê, por meio do contato pele a pele, possibilitando à mãe oferecer essa base segura, sendo um caminho muito importante para o estabelecimento deste vínculo. A mãe seria a figura de apego que transmite segurança ao bebê através da sucção do seio (RIBAS; SEIDL DE MOURA, 2004).

Para Maldonado (1991), referência no Brasil na área de psicologia perinatal, o aleitamento materno nas primeiras horas após o parto reduziria o efeito traumático da

separação entre mãe e bebê que ocorre no nascimento, unindo novamente mãe e filho. Para a autora, a amamentação não envolve apenas um processo fisiológico de alimentação, mas proporciona uma relação de comunicação entre mãe e bebê: “quando é amamentado, o bebê literalmente volta para o corpo da mãe e reelabora gradualmente a separação” (p. 81). Os contatos epidérmico e visual proporcionados pela amamentação são de grande relevância para adaptar o bebê a um mundo diferente do útero.

Muitos desses argumentos têm sido utilizados por profissionais de saúde para defender a importância do aleitamento materno para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, centralizando suas ações no incentivo à amamentação (SIQUEIRA, 2012). Ainda que seja inquestionável a superioridade do leite materno em comparação ao aleitamento artificial, assim como os benefícios do contato pele a pele que a amamentação proporciona para o desenvolvimento infantil (BRASIL, 2015d), esta prática não deveria ser promovida sem um olhar mais atento à mulher que amamenta e a como ela vivencia essa experiência.

Alvarenga et al. (2017) realizaram uma revisão sistemática sobre fatores que podem prejudicar a amamentação e identificaram alguns aspectos importantes como: questões relacionadas ao recém-nascido (hospitalização, baixo peso ao nascer, gemelaridade, bebês prematuros que ainda não desenvolveram o reflexo de sucção, iatrogenias no parto como luxação dos ombros que faz com que o bebê sinta desconforto na posição de mamar); retorno da mulher ao trabalho e falta de apoio do empregador à amamentação; não morar com um companheiro; doença e/ou hospitalização da mãe; mitos quanto à amamentação (crença de leite fraco ou insuficiente que resultaria na utilização de leites e bicos artificiais); orientação profissional insuficiente ou inadequada, dentre outros fatores que facilitariam um desmame precoce e que ultrapassam às questões intrapsíquicas da mulher.

Costa et. al. (2019) realizaram um estudo com mulheres primigestas a fim de compreender suas percepções sobre a prática de aleitamento materno e identificaram que elas reconhecem a importância do aleitamento materno para si mesmas e para o filho, principalmente no fortalecimento do vínculo mãe-bebê, no controle do peso materno e como uma contracepção natural. Todavia, as orientações sobre aleitamento materno muitas vezes são guiadas por um modelo biomédico, considerando mais as técnicas do que os aspectos sociais e culturais. Batista et al., (2017) concluíram, em um estudo com puérperas, que a assistência à mulher em relação ao aleitamento é parcial, com orientações tecnicistas, rotineiras, havendo um enfoque muito maior na ‘forma correta’ de amamentar, acarretando

em uma carência de um olhar integral da mulher com uma escuta qualificada, acolhedora e humanizada, respeitando suas experiências. Os autores afirmam que

“é importante valorizar a mulher em todos os seus aspectos, transcendendo questões biológicas e não apenas focando na amamentação como importante para saúde infantil, deve-se perceber a mulher de maneira integral, dando atenção às questões sociais e culturais durante a gestação e puerpério” (p.31).

Diante disso e, apesar de todas as vantagens da amamentação serem amplamente divulgadas e comprovadas cientificamente, o desmame precoce ainda tem altas taxas no Brasil (UFRJ, 2021) e, no mundo, menos da metade das crianças são amamentadas conforme as orientações da Organização Mundial de Saúde – OMS (ROLLINS et al., 2023), revelando um grande paradoxo entre o avanço do conhecimento científico e a amamentação como prática socialmente construída.

3.1 DESMAME

A OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida e orienta que seja continuado até os dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2015e). Segundo o último estudo realizado pelo Ministério da Saúde (UFRJ, 2021), houve um aumento importante nos índices de amamentação, no entanto, as taxas ainda são muito baixas, pois mais da metade das crianças brasileiras ainda não recebem AME no primeiro semestre de vida. Não há vantagens em iniciar a introdução de alimentos antes dos seis meses de idade, ao contrário, a introdução precoce de outros alimentos diferentes do leite materno pode causar prejuízos à saúde da criança como diarreias e desnutrição (BRASIL, 2017a).

Desmame precoce é a interrupção parcial ou total da amamentação antes dos seis meses de idade. A inserção de qualquer alimento e até mesmo sucos ou chás antes dos seis meses já é considerado desmame precoce, mesmo que a criança siga mamando no peito. A recomendação das autoridades sanitárias é que até os seis meses de idade, o lactente receba exclusivamente o leite materno. A partir dos seis meses pode-se iniciar o desmame, inserindo-se outros alimentos saudáveis. Como o desmame é um processo, recomenda-se que se inicie aos seis meses seguindo até pelo menos os dois anos de idade da criança ou mais, quando ocorreria o desmame total (BRASIL, 2015e).

A espécie humana é a única em que o desmame não é determinado apenas por questões biológicas ou genéticas, mas influenciado por questões socioculturais. Não

amamentar pode trazer grandes impactos econômicos, principalmente em famílias mais vulneráveis. Gastos com leites artificiais, bicos, mamadeiras, gás de cozinha, além dos custos decorrentes do adoecimento do bebê que, sem a proteção imunológica do leite materno, fica mais suscetível a internações hospitalares (BRASIL, 2015e). Infelizmente, enquanto um em cada três neonatos em países de baixa e média renda recebem alimentos pré-lácteos antes de serem colocados no peito e apenas metade dos bebês recém-nascidos é amamentada na primeira hora de vida, a venda de fórmulas lácteas, artificiais e ultraprocessadas teve um aumento nunca antes visto na história (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2023).

O leite autorreferido como insuficiente e o desconhecimento sobre comportamentos típicos de um bebê podem ser desafios para a amamentação. É esperado que o recém-nascido apresente bastante choro devido a sua imaturidade fisiológica para lidar com questões sensoriais, como mudança de temperatura, por exemplo, e com outros aspectos como fome, sede e sono. Os bebês expressam seu desconforto através do choro adaptativo, sinalizando a necessidade de ajuda de um adulto cuidador. Além disso, é comum recém-nascidos apresentarem uma curta duração de sono como parte do desenvolvimento humano, no entanto, há uma expectativa irrealista de que os bebês podem ter um padrão de sono de um adulto (ROLLINS et al., 2023). Estes aspectos são equivocadamente interpretados como sinais de problemas na amamentação. O marketing comercial de produtos alimentícios para lactentes enquadra como patológicos esses comportamentos típicos de bebês e se utilizam da insegurança e da fadiga dos pais para oferecer soluções infundadas, transformando o cuidado e a preocupação em oportunidades de negócio (BAKER et al., 2023).

Com a finalidade de fortalecer a amamentação, prevenindo o desmame precoce, e de promover uma alimentação complementar saudável, o Ministério da Saúde instituiu em 2013 a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, tendo como princípio a educação permanente em saúde de forma a potencializar a qualidade do cuidado (BRASIL, 2015d).

Kalil (2020) analisou documentos do Ministério da Saúde sobre promoção ao aleitamento materno e observou que os discursos são individualizados, atribuindo à mulher a maior responsabilidade pelo sucesso da amamentação, sem considerar suas próprias vivências e o sentido dados por elas a esta prática. Nesses materiais, a mulher é colocada como um instrumento que fornece o alimento ideal para a saúde e desenvolvimento do seu filho, não sendo mencionados aspectos da sua subjetividade, como percepções, sentidos e dores,

havendo um silenciamento das perspectivas da mulher. Esses materiais também tratam de forma muito simplória o processo de desmame, sem contextualizar os sofrimentos e dificuldades dessa transição.

Segundo Kalil e Aguiar (2021), o desmame, para além do desmame precoce, é um campo pouco estudado na área da saúde, sendo um dos temas mais silenciados nos discursos pró-aleitamento materno. As autoras consideram importante investigar os desdobramentos do desmame para a vida da mulher, pois ainda é um tema que fica em uma zona obscura devido à falta de assistência técnica especializada para dar suporte e orientar a mulher que deseja encerrar a amamentação. Rêgo et al. (2019) realizaram uma revisão integrativa com o objetivo de descrever os fatores associados ao desmame precoce e a percepção de mulheres que amamentavam e concluíram que a literatura apresenta escassez de estudos que avaliem especificamente a percepção materna sobre esta temática.

Santos, Souza e Santana (2020) entrevistaram mães que amamentavam e eram acompanhadas em uma Unidade Básica de Saúde de um município baiano, a fim de compreender a experiência de aleitamento materno e sua interrupção precoce a partir do olhar da mulher. As principais alegações para o desmame precoce foram os mitos do leite fraco ou insuficiente, traumas ou outras intercorrências mamárias e o retorno da mulher ao trabalho ou aos estudos. As autoras perceberam que a experiência de amamentar é permeada por sentimentos ambivalentes, como dor e prazer. Para as autoras, o objeto do desejo da mãe é satisfazer a necessidade do filho e a interrupção do aleitamento materno exclusivo se dá principalmente quando a mulher tem uma percepção de que esta necessidade não está sendo atendida, geralmente influenciada pelo choro do bebê e pelos mitos de leite fraco ou insuficiente.

Um estudo realizado em um município de pequeno porte no estado do Maranhão (SANTOS et al., 2022) entrevistou mães de crianças menores de dois anos, com a finalidade de compreender a percepção materna sobre aleitamento materno e os fatores que contribuem para o desmame precoce e identificou que a crença de pouco leite e o choro do bebê estão entre as principais alegações maternas.

Mesmo sendo estudos que se dedicaram a ouvir mulheres sobre sua experiência de desmame, ainda assim as pesquisas citadas acima se preocuparam mais em reconhecer as causas do desmame, faltando ainda espaço para que mães que amamentaram narrassem suas experiências de amamentação e desmame. É importante que a mulher seja reconhecida como protagonista de suas experiências e que seja valorizada e empoderada. Na revisão integrativa

realizada por Pedro e Toriyama (2019) e citada anteriormente, foi identificado apenas um estudo sobre as percepções maternas a respeito da influência da amamentação no desenvolvimento emocional infantil, mostrando a escassez da literatura na valorização do discurso materno sobre o processo de amamentação.

As mães são as principais cuidadoras e a melhor fonte de informações, por isso o interesse em entrevistá-las. Estudos que se dedicaram a compreender a experiência de amamentação de crianças mais tarde diagnosticadas com TEA (SOKE et al., 2019; DOOLEY, 2017) se preocuparam mais em identificar sinais precoces de autismo e não se debruçaram em compreender a experiência de amamentar pelo olhar da mãe ou em entender os significados que elas deram a essa vivência. Sendo assim, o presente estudo se propôs a compreender as experiências de amamentação e desmame a partir do olhar da mulher, considerando que esses processos são permeados por contextos culturais e sociais e que podem repercutir no desenvolvimento humano.

4 RUPTURAS E TRANSIÇÕES

A Psicologia Sociocultural, bebendo de fontes como antropologia, história e sociologia, considera que os fenômenos psicológicos, dos mais simples aos mais complexos, não podem ser compreendidos sem levar em consideração a vida social e o uso de recursos culturais (ROSA; VALSINER, 2018). Possui ferramentas que permitem compreender uma diversidade de situações da vida tanto do ponto de vista social quanto do individual (ZITTOUN, 2015). A cultura molda as experiências ao longo do curso de vida e as pessoas se movem através dela por meio da *internalização*, um conceito central da psicologia cultural, que se refere a um processo pelo qual a cultura se torna intrapessoal (ZITTOUN; GILLESPIE, 2015).

Segundo Zittoun (2007), a psicologia sociocultural é desenvolvimentista e possui quatro pressupostos: 1) unicidade da pessoa, ou seja, o entendimento de que cada pessoa é singular e que experimenta o mundo de forma única; 2) a pessoa não pode ser compreendida separada do seu contexto social e cultural, é uma psicologia dialógica; 3) é uma ciência do desenvolvimento que considera a natureza temporal, dinâmica e histórica da experiência humana; 4) ênfase nos processos de criação de sentido, buscando compreender como cada pessoa experimenta um mundo cheio de mudanças, significados e discursos (ZITTOUN, 2016). Ao longo do curso de vida o indivíduo passa por uma multiplicidade de experiências e, apesar de o social orientar as pessoas a partir de suas relações cotidianas, cada pessoa consegue construir trajetórias únicas. Os aspectos sociais não são apenas catalizadores do desenvolvimento, mas sim o que possibilita o desenvolvimento.

Modelos mais clássicos geralmente organizam o desenvolvimento em etapas sucessivas e se atém mais à infância e adolescência, compreendendo muitas vezes a idade adulta como a última etapa. Para os teóricos precursores da psicologia do desenvolvimento, existiria um nível superior, para onde o indivíduo vai se desenvolvendo até chegar no ápice (ZITTOUN, 2015), no entanto, para a psicologia sociocultural do desenvolvimento, o ser humano se desenvolve em todos os ciclos de vida, dando ênfase ao processo que leva a pessoa de um ponto a outro do desenvolvimento. Deste modo, não existe uma trajetória ideal ou uma melhor que outra. O ser humano se desenvolve desde o primeiro movimento até o último suspiro e não existiria uma melhor forma de se desenvolver, apenas nos desenvolvemos

(ZITTOUN, 2015). Desta forma, adultos também passam por este processo, havendo aprendizagens em todo o curso de vida (ZITTOUN, 2016).

Desde a concepção até a morte, as pessoas passam por mudanças. Elas fazem parte da vida e geralmente são inevitáveis. Laços de amizade ou familiares são desfeitos, profissões se tornam obsoletas, os filhos crescem, adoecemos, perdemos o emprego, tentamos uma nova colocação no mercado de trabalho, etc. (ZITTOUN, 2015). O desenvolvimento envolve a interdependência entre processos biológicos, psicológicos, interpessoais e sociais e a abordagem de Zittoun (2009) considera como centrais os aspectos sociais e culturais.

Para Zittoun (2016) a unidade básica de análise para se compreender o desenvolvimento é a de *esfera da experiência* que engloba experiências, atividades, representações e sentimentos que ocorrem em certo contexto social. O tempo todo o indivíduo alterna entre esferas de experiências como trabalho, casa, escola etc. São transições suaves entre uma esfera e outra e que fazem parte do cotidiano. No entanto, algumas mudanças de esferas vão exigir mais esforços do indivíduo para construir uma nova. A experiência é um rio e as trajetórias de vida são os leitos por onde percorrem esses rios (ZITTOUN, 2015)

Cada esfera de experiência vai exigir tonalidades emocionais diferentes. Quando estamos numa esfera de experiência conhecida, sabemos como agir, como interagir com as pessoas, por exemplo. No entanto, quando mudamos para uma esfera de experiência desconhecida por circunstâncias da vida ou por escolha mesmo, precisamos criar novas forma de agir e interagir, construindo novas habilidades para poder viver nessa nova esfera. Quando passamos por processos de mudança e precisamos construir uma nova esfera de experiência, um pouco da nossa vida como a conhecíamos desaparece (ZITTOUN, 2015).

Essas esferas de experiência podem ser proximais, ou seja, ocorrem no aqui e agora, guiadas pelo ambiente social imediato, ou podem ser distais, desconectadas do contexto social atual, quando a pessoa precisará utilizar da imaginação para revisitar experiências que estão no seu passado ou ao pensar sobre atividades futuras (ZITTOUN; GILLESPIE, 2015). Cotidianamente, nos movemos em uma diversidade de esferas de experiências proximais e distais, numa alternância de esferas ou com elas coexistindo, com transições leves como ir e voltar do trabalho e outras mais duras como divórcio e luto, por exemplo (ZITTOUN, 2015).

A vida é permeada por momentos de incertezas, adversidades e descontinuidade. Alguns momentos podem nos ser impostos, como por exemplo luto, desemprego, outros são criados e construídos por nós mesmos, nos contextos em que se pode escolher, como entrar na universidade e casar-se. Nem sempre as pessoas possuem habilidades ou suporte social

necessário para enfrentar essas mudanças. No entanto, a cultura oferece diversos recursos simbólicos que podem dar suporte em momentos de incerteza. Eles podem ser materiais ou semióticos que permitem transformar as experiências não familiares em ambientes gerenciáveis (ZITTOUN, 2007). Nos processos de rupturas e transições, utilizamos de recursos simbólicos disponíveis no ambiente como filmes, arte, conhecimento etc, que auxiliam nestes processos, oferecendo sustentação durante um período de incertezas (ZITTOUN et al., 2003).

Voltar no espaço e no tempo para narrar suas histórias ou explorar o futuro certo ou incerto requerem um exercício de imaginação. Zittoun (2016) considera a importância da imaginação nas narrativas de experiências vividas e também como um mecanismo importante para se criar novas trajetórias em momentos de rupturas. Através da imaginação o indivíduo sai do presente, vai ao passado ou ao futuro e retorna ao aqui e agora com novos posicionamentos, perspectivas e habilidades. É desencadeada por um desajuste entre o dado da experiência do mundo real e o fluxo contínuo do pensamento. É necessariamente social e cultural. Está presente desde a infância, na forma de brincadeiras e permite ao indivíduo recorrer a sua própria experiência, através de imagens, representações etc, possibilitando abrir novos caminhos no aqui e agora (ZITTOUN; CERCHIA, 2013).

A imaginação desempenha um papel fundamental no curso de vida. Ela nos permite expandir nossa experiência para o passado e para o futuro. É um elemento central do desenvolvimento. Permite que nos desvinculemos de uma experiência proximal para nos envolvermos numa experiência distal. Lembrar de uma viagem, do parto de um filho, das primeiras experiências de amamentação ou projetar como essa criança será no futuro, quando adolescente ou adulto, é um loop dinâmico que nos leva ao passado ou futuro e nos traz de volta ao aqui e agora. A imaginação é sequencial: tem um começo, ou seja, algo que nos desperta um retorno ao passado, um desenvolvimento, o loop e o fim. A imaginação tem o poder de transformar a esfera proximal em andamento, ocorre em situações triviais do dia a dia ou em momentos de grande sofrimento (ZITTOUN, 2015).

Ao longo do curso de vida podem acontecer crises que impactam em mudanças, aprendizagens, reajustamentos, novos direcionamentos e transformações. Os momentos de crise seriam muito importantes para a construção de novas competências e habilidades. Para Zittoun (2009), eventos críticos podem gerar rupturas que vão exigir esforços do indivíduo para passar por um momento de transição. Quando um indivíduo, por alguma situação da vida ou por fatores internos, precisa sair de uma esfera de experiência e elaborar uma nova, há uma

‘ruptura’. Quando o sujeito consegue perceber essas mudanças, entende-se que ocorreu uma ‘transição’ que seria um processo de mudanças catalisadas por alguma ruptura que tem como consequência algum ajuste entre o indivíduo e seu ambiente atual. O contexto social é um fator muito importante na forma como as rupturas e transições são vivenciadas. Rupturas são catalizadoras de mudanças, transições são mudanças catalisadas pelas rupturas.

A vida humana é repleta de rupturas esperadas e culturalmente programadas como casamento, entrar na faculdade, e também inesperadas como acidentes, descoberta de uma doença grave, morte precoce de familiares. As pessoas são socialmente impelidas a seguir no percurso de vida, apesar das rupturas (ROSA; VALSINER, 2018). O estudo das rupturas e transições é uma poderosa unidade metodológica para o estudo do desenvolvimento no curso de vida (ZITTOUN, 2009), valorizando a natureza processual desses fenômenos. Podem ser grandes chances para explorar alternativas ou gerar experiências radicalmente novas (ZITTOUN; CERCHIA, 2013)

Esses momentos de rupturas e transições podem ser muito difíceis e gerar bastante fragilidade no sujeito, pois proporcionam um reajuste na vida e catalisa a produção do novo. Essa reestruturação pode ocorrer em apenas uma área da vida ou pode ter repercussões em diversas áreas, chegando até a afetar todo o sistema (ZITTOUN, 2012). Zittoun (2009) refere que ao falar sobre rupturas e transições, o sujeito tende a verbalizar como essas experiências o impactaram, como foi necessário fazer algumas alterações em sua vida, desenvolver novas habilidades ou fazer alguns ajustes na sua dinâmica de vida. Eles podem narrar também que sentiram medo, ansiedade e tiveram dúvidas sobre o que fazer. Essas afirmações podem ser pistas importantes para a análise dos processos de desenvolvimento em investigação.

Uma transição pode ser decomposta em microprocessos que podem auxiliar na compreensão de uma transição mais ampla (Zittoun, 2009). Uma mudança que possibilita novas mudanças é desenvolvimentista e necessariamente implica em reposicionamento no campo social e simbólico. As crises são oportunidades de mudanças, ou seja, são desenvolvimentistas. A resolução de uma crise pode acarretar no desaparecimento de componentes iniciais como, por exemplo, quando uma criança se desenvolve intelectualmente e suplanta os primeiros modos de raciocínio. Ou pode levar a uma diferenciação como quando uma criança aprende a andar de bicicleta, mas não deixa de caminhar, permanecendo com as duas habilidades (ZITTOUN; GILLESPIE; CORNISH, 2009).

Zittoun (2008) afirma que diversos fenômenos podem impactar em rupturas e transições, desde fatores sociais de grande magnitude como uma guerra, por exemplo, até

fatores intrapsíquicos, como abandonar uma crença religiosa. Para serem considerados como rupturas, esses fenômenos precisam ser percebidos pela pessoa que o vivencia como uma quebra do seu funcionamento habitual e uma necessidade de se adaptar ao novo. A transição envolve três processos interdependentes: processos de identidade, aquisição de conhecimento e criação de sentido. Quando um desses aspectos é alterado, há reverberações nos outros, pois são esferas de vida interligadas. As transições proporcionam um reposicionamento ou relocação da pessoa nos campos social e simbólico, repercutindo em transformações na identidade. O desenvolvimento de novas habilidades e aprendizagens será necessário para conduzir essas mudanças. O reposicionamento e as aprendizagens levarão a pessoa a dar algum sentido ao que acontece com ela (ZITTOUN, 2008)

Alguns estudos na área da saúde têm se debruçado sobre processos de ruptura e transição provocados a partir da descoberta de uma doença. Ribeiro, Morais e Aléssio (2022) estudaram processos de transição em adolescentes com diabetes mellitus tipo 1, que realizavam tratamento em um hospital público na cidade do Recife-PE, e identificaram que a experiência do adoecimento foi um facilitador de mudanças desenvolvimentais. Os adolescentes entrevistados nesta pesquisa apresentaram processos de transição em decorrência da doença que funcionou como um evento que ocasionou ruptura no fluxo da experiência, havendo a necessidade de desenvolver novas habilidades. Ocorreram mudanças também na percepção de si mesmo, reconhecendo-se mais maduros, sinalizando um reposicionamento.

Correia, Morais e Pedrosa (2019) estudaram o tratamento hemodialítico e a cirurgia bariátrica como eventos promotores de rupturas. O diagnóstico de insuficiência renal crônica impõe diversos ajustes à vida como mudanças na rotina, frequência a clínicas de hemodiálise, alterações na alimentação, impactos econômicos, no trabalho e até mesmo na vida sexual. As autoras identificaram que este evento favoreceu a promoção de rupturas no percurso desenvolvimental de uma pessoa adulta. As autoras ainda referem que indivíduos que se submeteram a cirurgia bariátrica devido à obesidade passam por transformações corporais e na autoimagem e realizam um rearranjo de hábitos alimentares e mudanças na rotina, ocasionando reconstrução de identidades, aprendizagem de novas competências e habilidades e construção de sentidos à experiência vivida.

Os estudos citados acima se debruçaram sobre processos de adoecimento e os seus impactos na vida adulta. No entanto, esta pesquisa pretendeu compreender as experiências vividas por mulheres que amamentaram e desmamaram seus filhos, compreendendo que estes processos são comuns e esperados na maternidade, não estão relacionados a adoecimento,

mas que podem provocar rupturas e transições. Sendo assim, esta pesquisa se propôs a responder as seguintes perguntas: Como foi a experiência de aleitamento materno e desmame para mães de crianças acompanhadas em um CAPSij? Que aspectos do desenvolvimento foram mobilizados nessas mulheres a partir dessas experiências?

5 OBJETIVOS

5.1 GERAL

- Investigar sobre possíveis rupturas e transições no curso de vida de mães de crianças acompanhadas em um CAPSij a partir de suas experiências de aleitamento materno e desmame.

5.2 ESPECÍFICOS

- Compreender a experiência de aleitamento materno de mães de crianças acompanhadas em um CAPSij;

- Entender sobre a experiência do desmame de mães de crianças acompanhadas em um CAPSij.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 NATUREZA DA PESQUISA

Pesquisas qualitativas possibilitam que conteúdos subjetivos e experiências de vida possam ser examinados, interpretados e categorizados (FARIA-SCHÜTZER et al., 2021), sendo assim, este estudo é de natureza qualitativa (MINAYO; SANCHES, 1993), uma vez que procurou investigar sobre a experiência de aleitamento e desmame de mães de crianças acompanhadas em um CAPSij.

Quanto aos objetivos, esta pesquisa é descritiva (GIL, 2009), pois buscou identificar e descrever os processos de desenvolvimento de mães de crianças atendidas em um CAPSij a partir dos fenômenos da amamentação e do desmame.

6.2 LOCAL DA PESQUISA

Os dados foram coletados no local de trabalho da pesquisadora, um CAPSij localizado no município do Jaboatão dos Guararapes-PE, região metropolitana do Recife-PE, que possui uma população de um pouco mais de 644 mil habitantes, sendo o segundo município mais populoso do estado de Pernambuco (IBGE, 2022).

A Secretaria de Saúde do município de Jaboatão dos Guararapes-PE possui três CAPSs: um infantojuvenil, um que atende adultos com transtornos mentais e outro que atende pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Os três serviços funcionam de segunda a sexta, das 8 às 17h, no formato de portas abertas, não sendo necessária marcação, nem havendo dia específico de triagem/acolhimento inicial ou fila de espera. Oferecem acolhimento às demandas de saúde mental de todo o território do município, seja ele coberto ou descoberto de Estratégia de Saúde da Família. As demandas de crise em saúde mental são admitidas nos serviços, porém, situações que possam ser manejadas em ambulatório ou na Atenção Básica são encaminhadas à rede. Os CAPSs oferecem atividades terapêuticas, que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; matriciamento e ações inter e intrasetoriais (SMS/PMJG, 2024).

O CAPSij do município do Jaboatão dos Guararapes atende crianças e adolescentes entre 2 e 17 anos e 6 meses, com transtornos mentais graves e persistentes, independente do diagnóstico, que apresentem intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilitem realizar seus projetos de vida e estabelecer laços sociais ou que tragam risco a sua vida ou a de terceiros. Localiza-se no bairro de Dois Carneiros, é o único CAPS para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes em todo o território municipal (SMS/PMJG, 2024).

6.3 PARTICIPANTES

As participantes dessa pesquisa são mães adultas que acompanhavam seus filhos admitidos no CAPSij do município do Jaboatão dos Guararapes. Foram incluídas mães pertencentes a qualquer nível socioeconômico, classe social, profissão, raça/cor, religião, escolaridade e orientação sexual. A pesquisa incluiu mulheres que amamentaram seus filhos por pelo menos quatro meses (de forma exclusiva ou não). A escolha desse tempo está baseada nos indicadores de aleitamento materno no Brasil (UFRJ, 2021). Segundo esses dados, 55,8% das crianças nordestinas menores de quatro meses estão em AME, havendo uma queda desta percentagem para 38,0% em crianças abaixo de seis meses da Região Nordeste. Esses dados fornecem informações de que provavelmente a maioria dos desmames ocorrem a partir do 4º mês de vida da criança.

Os filhos das participantes eram de ambos o sexo e estavam na primeira infância (BRASIL, 2018), por se entender que as experiências de aleitamento materno e desmame estão majoritariamente circunscritas a esta fase de desenvolvimento infantil. O diagnóstico da criança não foi considerado no momento da escolha das participantes, podendo ter qualquer diagnóstico ou hipótese diagnóstica ou até mesmo não os ter. Como critério de exclusão, enquadraram-se mulheres cujos filhos não estavam admitidos no CAPSij no momento da coleta, por mais que tenham sido acolhidos ou atendidos no serviço.

Foram entrevistadas oito mulheres, com idades entre 25 a 43 anos. A escolha das participantes se fez a partir de uma planilha disponibilizada pelo serviço, na qual constavam nome e idade das crianças e adolescentes admitidos no CAPSij deste estudo, dentre outras informações. A partir desta planilha, constatou-se que 27 crianças tinham idade de até 6 anos incompletos. Os prontuários dessas crianças foram acessados, observando-se nas anamneses o item 'História de Vida: gestação, parto, perinatal e pós-natal'. Dos 27 prontuários, em onze não havia qualquer informação sobre amamentação e seis crianças haviam sido amamentadas

por menos de quatro meses, restando assim 10 crianças amamentadas por mais de 4 meses. Destas, foi possível agendar entrevista com oito mães. O convite foi feito pessoalmente, no próprio serviço, quando estavam acompanhando seus filhos nos atendimentos ou por contato telefônico. Foi explicado sobre o estudo e, quando aceitavam participar, eram agendados dia e hora conforme a disponibilidade da mãe e da pesquisadora, para ser realizada uma entrevista. Algumas entrevistas foram feitas no mesmo momento do convite.

Nenhuma mãe se negou a participar da entrevista, no entanto, algumas apresentaram dificuldades no momento do agendamento. A proposta inicial era que a entrevista fosse feita sem a criança, tendo em vista que ela pudesse ficar cansada ou até gerasse desconfortos. Sendo assim, primeiramente foi realizada a tentativa de agendar a entrevista somente com a mãe, sem a presença das crianças, no entanto, isso só foi possível com uma única mãe, que tinha uma rede de apoio que pôde ficar com a criança para ela ir sozinha ao CAPSij. As demais demonstraram dificuldades. Como as crianças não estavam em idade escolar e não estavam inseridas em creches, não foi possível realizar as entrevistas enquanto elas estariam na escola.

Após o parecer substanciado do CEP e antes de iniciar as entrevistas, por questões éticas, o projeto de pesquisa do presente estudo foi apresentado à equipe do CAPSij, considerando que seria importante os profissionais estarem cientes sobre a pesquisa. Desta forma, foi possível contar com o suporte da equipe técnica do CAPSij também nas entrevistas: os técnicos de referência, que possuem vínculo com a criança, se disponibilizaram a realizar atendimento à criança enquanto as mães eram entrevistadas e isso foi crucial para a viabilidade da pesquisa.

Conforme o quadro 01 abaixo, todas as oito mulheres entrevistadas se declararam heterossexuais e de cor parda ou negra. Apenas duas relataram que estavam em união estável, as demais se declararam mães solteiras. Quatro mulheres tinham o ensino médio completo, uma tinha curso técnico, outra estava cursando o ensino superior e apenas uma declarou que não estudou. Apenas uma mulher realizava estágio, as demais não realizavam trabalho remunerado, dedicando-se exclusivamente aos cuidados com os filhos. Cinco mulheres tinham como principal fonte de renda o Programa Bolsa Família (PBF), duas recebiam Benefício de Prestação Continuada (BPC) e uma não tinha qualquer renda, dependendo da ajuda de familiares e da comunidade.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica das participantes (continua)

NOME	IDADE	ESTADO CIVIL	RAÇA	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO	RENDA	QUANTIDADE FILHOS
Clara	36	solteira	negra	Ens. Médio completo	evangélica	PBF	2
Diana	32	solteira	parda	Ens. Médio completo	evangélica	PBF	3
Isabela	25	união estável	negra	Curso técnico	não tem	BPC	1
Íris	25	casada	parda	Fundamental completo	não tem	BPC, PBF, Trabalho informal do esposo	4
Madalena	30	separada	parda	Ens. médio completo	evangélica	PBF	1
Sara	35	solteira	parda	Ens. superior cursando	não tem	Estágio e PBF	3
Fernanda	43	solteira	parda	Ens. Médio completo	católica	Ajuda de familiares e comunidade	2
Sandra	39	viúva	negra	Não estudou	evangélica	PBF	1

Fonte: a autora (2024). Legenda: PBF – Programa Bolsa Família; BPC – Benefício de Prestação Continuada.

Os filhos acompanhados no CAPSij tinham idade entre 2 a 5 anos. Quatro mulheres estavam em aleitamento materno do filho acompanhado no CAPSij e em processo de desmame, duas amamentaram por menos de um ano e duas amamentaram por mais de um ano. Uma fez lactogestação, ou seja, amamentou a filha acompanhada no CAPSij enquanto estava grávida de outra filha. Sete crianças, todas do sexo masculino, possuem TEA e apenas uma, a única do sexo feminino, não tinha qualquer diagnóstico. Lembrando que o CAPSij do município de Jabotão dos Guararapes atende qualquer criança ou adolescente em situação de sofrimento psíquico intenso, independente de diagnóstico (SMS/PMJG, 2024).

Quadro 2 – Caracterização dos filhos das participantes que são acompanhados no CAPSij

NOME	IDADE	SEXO	DIAGNÓSTICO	TEMPO DE AME	TEMPO DE ALEITAMENTO TOTAL
Filho de Clara	3 anos	Masculino	TEA	6 meses	em aleitamento
Filho de Diana	2 anos	Masculino	TEA e TDAH	5 meses	em aleitamento
Filho de Isabela	5 anos	Masculino	TEA, TDAH, DI e epilepsia	6 meses	2 anos
Filho de Íris	5 anos	Feminino	Não tem	6 meses	1 ano e 7 meses
Filho de Madalena	3 anos	Masculino	TEA	7 meses	6 meses
Filho de Sara	4 anos	Masculino	TEA	9 meses	em aleitamento
Filho de Fernanda	3 anos	Masculino	TEA	4 meses	5 meses
Filho de Sandra	5 anos	Masculino	TEA	3 meses	em aleitamento

Fonte: a autora (2024). Legenda: AME – Aleitamento Materno Exclusivo; TEA – Transtorno do Espectro Autista; TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade; DI – Deficiência Intelectual

6.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Inicialmente aplicou-se um questionário sociodemográfico (apêndice 1) e, em seguida, uma entrevista semiestruturada (apêndice 2) que, apesar de possuir um roteiro de perguntas previamente definido, permitiu certa flexibilidade à entrevista e também possibilitou direcionamento para a temática estudada (BONI; QUARESMA, 2005). As entrevistas foram realizadas entre os meses de setembro a novembro de 2023. Segundo Guest et. al (2006), em entrevistas que observam as percepções e experiências comuns em um grupo de indivíduos relativamente homogêneo, elementos básicos já estão presentes nas seis primeiras entrevistas e, após a análise de doze entrevistas, novos temas emergem com pouca frequência, ocorrendo uma saturação dos dados. Desta forma, considerando que foram realizadas oito entrevistas, entendemos que a amostra foi suficiente para a realização deste estudo.

Nestas entrevistas, as mulheres foram solicitadas a falar sobre como foi amamentar e desmamar seu filho, suas percepções sobre essas experiências e quais questionamentos e reflexões surgiram ao longo destes processos. Foi incentivado que as participantes falassem sobre elas mesmas, sendo identificadas rupturas e transições e suas dimensões (identidade, aprendizado e sentido), compreendendo a maternidade e a amamentação como pontos significativos no seu curso de vida. As entrevistas buscaram explorar o mundo vivido pelas entrevistadas. Pôde-se investigar, a partir desse instrumento de pesquisa, os sentidos atribuídos às experiências e capturar um fenômeno que ocorreu, em sua maioria, no passado, ou seja, uma reconstrução das experiências de aleitamento materno e desmame (Zittoun, 2009).

A aplicação do questionário sociodemográfico e da entrevista semiestruturada ocorreram no CAPSij Padre Roma, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Jaboatão dos Guararapes – PE. Foram no formato presencial e individual e ocorreram em um único momento, com duração de aproximadamente 30 minutos. Os áudios foram gravados através de um aplicativo de gravação de áudio em um celular pessoal e esses registros foram salvos nas nuvens utilizando-se o aplicativo *Google Drive* vinculado a uma conta de e-mail da pesquisadora na UFPE. As transcrições foram realizadas através do aplicativo *Google Pinpoint*, no entanto, a pesquisadora ouviu e leu cada entrevista minuciosamente, corrigindo as falhas do aplicativo e acrescentando as emoções observadas.

6.5 ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas foram analisadas a partir de uma perspectiva fenomenológica para estudos em psicologia, um procedimento metodológico amplamente estudado por Trindade, Menandro, Gianórdoli-Nascimento (2007) que busca compreender os significados que as pessoas conferem às suas experiências, incluindo os processos de construção desses significados. O método fenomenológico procura perceber a experiência tal qual foi vivida, por meio de descrições e explicações do próprio indivíduo, analisando suas percepções sobre o fenômeno estudado. Esta metodologia permitiu analisar cada entrevista separadamente, observando como cada mulher entrevistada vivenciou suas experiências de aleitamento materno e desmame. No entanto, apesar de analisar as trajetórias pessoais, o objetivo foi compreender o fenômeno coletivamente, ou seja, observar como diferentes pessoas vivenciam eventos comuns a elas. Além de terem vivido experiências de aleitamento materno e desmame, as mulheres do presente estudo compartilham também os desafios de cuidar de uma criança com transtorno do desenvolvimento e de acompanhá-la em um CAPSij.

A entrevista é o principal instrumento de coleta deste método, pois o relato dos participantes é o elemento basilar para análise dos dados, favorecendo também um aprofundar-se nas experiências (TRINDADE; MENANDRO; GIANÓRDOLI-NASCIMENTO, 2007). Neste sentido, justifica-se a utilização deste procedimento de análise de dados tendo em vista que este estudo procurou apreender como cada mulher vivenciou as experiências de aleitamento materno e desmame e os significados psicológicos atribuídos. Apesar de o evento ser o mesmo, ele foi vivido de maneiras completamente diferentes por cada mulher.

Trindade, Menandro, Gianórdoli-Nascimento (2007) trazem a importância de que o pesquisador tenha tempo suficiente durante a pesquisa para mergulhar e se aproximar do campo estudado, a fim de que possa compreender com maior clareza as experiências narradas. Desta forma, este procedimento de análise é viável para esta pesquisa tendo em vista que a pesquisadora trabalha no CAPS deste estudo, convivendo com essas mulheres no dia-a-dia do serviço. Além de que, a própria pesquisadora vivenciou pessoalmente a experiência de amamentar seu filho por mais de três anos.

As referidas autoras ainda propõem que não há impedimentos em se empregar outros aportes teóricos ao se utilizar a análise fenomenológica em Psicologia, referindo o quanto o

método se alinha a teorias da Psicologia Social. No caso deste estudo, utilizou-se as teorias de Tânia Zittoun (2007), uma grande expoente da Psicologia Sociocultural.

As pesquisadoras sugerem cinco fases para análise de dados a partir do método fenomenológico para investigação psicológica. Na fase 1 recomenda-se realizar uma transcrição integral das entrevistas pelo próprio pesquisador, observando todos os aspectos emocionais, resultando em um relato bruto da entrevista. As oito entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas pela pesquisadora na sua integralidade. Utilizou-se o recurso de transcrição online *Google Pinpoint* apenas para facilitar a digitação. A pesquisadora ouviu todos os áudios, observando se o aplicativo redigiu adequadamente e anotando também as emoções, reticências, silêncios, dentre outros, o que demandou bastante tempo da pesquisa. Cerca de 230 minutos de áudio foram transcritos minuciosamente.

Trindade, Menandro, Gianórdoli-Nascimento (2007) indicam que, na fase 2, seja realizada uma leitura das transcrições de forma exaustiva a fim de determinar as unidades de significado, localizando temas importantes e comuns às participantes e que estejam relacionados aos objetivos da pesquisa, que podem ser elementos do roteiro de entrevista ou que emergiram durante as mesmas. Desta forma, foram identificadas cinco unidades de significado, conforme descritas no quadro 03.

Quadro 3 – Unidades de significado (continua)

UNIDADES DE SIGNIFICADO	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS DE FALAS DAS PARTICIPANTES
Dificuldades experienciadas na amamentação	Compreende as dificuldades relacionadas à carência de suporte familiar ou profissional durante a amamentação; ausência do genitor; solidão e sobrecarga maternas; amamentação como oportunidade de fortalecimento de vínculo; percepção de sinais/sintomas de autismo durante a amamentação.	<p><i>Mas eu não tive apoio de mãe, não tive apoio de irmã, não tive apoio de pai, de ninguém. Até a última pessoa que tava comigo que é o pai dele, me deixou, depois que teve o diagnóstico” (Madalena).</i></p> <p><i>Porque eu estudo, aí tô fazendo agora meu estágio. Mas eu sempre trabalhei, né. E tava estudando, então, passava o dia inteiro fora de casa, então assim pra mim eu tinha essa necessidade de tá junto, né, de estar perto e amamentação é uma coisa muito próxima (Sara).</i></p>
A experiência solitária do desmame	Inclui o processo e a decisão sobre o desmame; carência de orientações; AM como um recurso para a seletividade alimentar; amamentação prolongada no autismo; lactogestação; sensação de liberdade; desmame como forma de oferecer autonomia ao filho.	<p><i>Ele precisa porque não come quase nada e eu me sinto na obrigação de cuidar dele dessa forma, assim mais a fundo. Na minha concepção, eu tô alimentando ele, tu tá entendendo? Aí às vezes eu fico fraca pra poder tirar, quebrar esse vínculo... (Sara).</i></p> <p><i>Foi horrível, foi, eu passei uma semana com ele, ele pediu o peito, eu dizia que não, dava comida e ele queria o peito, porque queria o peito e puxava minha roupa, rasgava minha roupa, porque ele queria o peito. E eu não, não, não, não, não e segurava firme, não e pronto (Isabela).</i></p>

Quadro 3 – Unidades de significado (conclusão)

Cultura do desmame precoce e/ou abrupto	Abarca os efeitos da confusão de bicos e a má conduta profissional.	<i>Inclusive eu tô trabalhando com um psicólogo, aí ele fez assim "Mas, Sara, rapaz, tu tem que viver também, ele já é um homem, não sei o quê e tu quer criar um babaca é?". (Sara)</i> <i>Sabrina, a outra psicóloga que tava acompanhando ele, disse "Matias não tem o que querer, então assim, se você puder desmamar ele de dia, é melhor e deixe ele um dia ou dois, tá, até três sem comer nada, porque ele vai ficar com fome, vai comer" (Diana).</i>
A descoberta do diagnóstico	Contempla rupturas e transições a partir dessas experiências.	<i>Foi um choque pra mim, chegou em casa chorei tanto, parece que o meu mundo desabou (Clara)</i> <i>Mas com o tempo a gente vai, né... Tentando aceitar (choro) Ah! Mudou tudo, muita coisa (Madalena).</i>
Transições no curso de vida de mães de crianças acompanhadas em um CAPSij	Abrange os impactos da maternidade de crianças em sofrimento psíquico no desenvolvimento da mulher.	<i>Depois dele, eu comecei a ver o mundo com outra visão, eu me vejo outra mulher. Com certeza, é outra mulher, me sinto mais forte (Sara).</i> <i>Mudou meu jeito de ser como me mudou completamente, mudou completamente (Sandra).</i>

Fonte: a autora (2024)

Na fase 3, a pesquisadora reorganizou as entrevistas dentro das unidades de significado (quadro 3), trazendo as transcrições literais, ou seja, as falas brutas, independente da ordem em que foram ditas. Na fase 4, os relatos foram transformados em uma linguagem parcialmente padronizada, transcrevendo-os em terceira pessoa, sintetizando os conteúdos das entrevistas. Na fase 5, foi construído um texto único, integrando as unidades de significado, articulando-os e elaborando assim um texto menos fragmentado. Foram utilizados nomes fictícios nos relatos, a fim de possibilitar que se tornem mais vivos e naturais, conforme orientam Trindade, Menandro, Gianórdoli-Nascimento (2007).

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa respeitou todos os preceitos éticos para pesquisas com seres humanos, respaldada nas resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados só foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Parecer Consubstanciado n. 6.215.987 (anexo 2).

As participantes tiveram suas identidades preservadas, utilizando-se nomes fictícios. Foi apresentado e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (anexo 1). Os

dados coletados por meio das entrevistas (gravações em áudio e transcrições) estão armazenados nas nuvens do *Google Drive* de um e-mail da pesquisadora vinculado à UFPE, sendo o acesso apenas através de senha. Ficarão armazenados por no mínimo cinco anos, conforme recomendado.

A maioria das mulheres se emocionou ao relatar suas histórias e foram acolhidas em suas dores, mas nenhuma se sentiu desconfortável para dar continuidade à entrevista. Apesar de esta pesquisa não propor benefícios diretos às participantes, algumas mães relataram que foi muito importante para elas contarem suas histórias de dificuldades e sofrimentos e se sentiram acolhidas.

Ao ouvir os relatos das participantes, foi possível perceber que algumas delas receberam informações equivocadas sobre aleitamento materno e desmame, tanto de pessoas da família ou da comunidade, como também de profissionais de saúde. A pesquisadora, que possui formação na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, sendo tutora cadastrada pelo Ministério da Saúde, pôde, na ocasião, utilizar seus conhecimentos e experiência profissional para esclarecer dúvidas e dar orientações após as entrevistas. As participantes referiram que foi muito importante receber as orientações fornecidas e se sentiram mais empoderadas para dar continuidade à amamentação ou confiantes para conduzir o processo de desmame, conforme o desejo de cada uma.

A pesquisa foi de baixo custo, pois a coleta foi realizada no próprio CAPSij, após anuência da secretaria de saúde do município e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFPE.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão estão organizados em duas dimensões: a singularidade da experiência (na qual estão os textos únicos oriundos das entrevistas individuais) e a transversalidade das experiências (na qual se apresenta uma breve síntese sobre a construção das unidades de significado de cada entrevista).

7.1 A SINGULARIDADE DAS EXPERIÊNCIAS

7.1.2 Participante 1 – Clara

A gente é obrigado a ter paciência. Porque ele depende da gente. Se eu não tiver quem é que vai ter?

Clara é uma mulher negra, solteira e possui 36 anos. Reside sozinha com dois filhos (9 anos e 3 anos). Possui o Ensino Médio completo e sua renda é proveniente do Programa Bolsa Família (PBF). Ricardo, seu filho mais novo, é acompanhado no CAPSij há cerca de 1 ano e tem diagnóstico de TEA.

Para Clara, os primeiros dias da amamentação do filho mais novo foram os mais difíceis, por causa das dores na mama. No entanto, considerou que acordar de madrugada para amamentar foi a parte mais desafiadora. Teve suporte familiar da sua mãe apenas. Seu filho nasceu na época da pandemia e as consultas na Unidade de Saúde da Família (USF) de referência foram suspensas, então ela não teve acesso a orientações sobre amamentação na rede de saúde do município. Clara sente muita satisfação ao amamentar, especialmente porque amamentou seu primeiro filho por apenas por dois meses. Sente que a amamentação acalma Ricardo. Amamentou-o exclusivamente até os seis meses e mantém o aleitamento materno. Todavia, ao mesmo tempo, refere cansaço e falta de liberdade.

No momento da entrevista, está em processo de desmame, diminuindo a oferta, especialmente durante o dia, utilizando a distração e o brincar para que o filho tire o foco do peito. Justifica que a criança já está crescida e acredita que o desmame pode incentivá-lo a aceitar outros alimentos. Não recebeu qualquer orientação sobre como fazer o desmame, nem de profissionais, nem de familiares ou de pessoas da comunidade. Tem percebido que o filho

está mudando o comportamento depois que passou a limitar as mamadas, atendendo melhor aos seus comandos, e ela relaciona essas mudanças ao desmame. Também relatou que tem aprendido com o processo de desmame a se desapegar mais do filho, oferecendo-lhe mais autonomia. Todavia considera importante Ricardo ainda estar mamando devido à seletividade alimentar, “nem sempre ele quer comer, aí o leite já substitui a alimentação”.

O pouco contato visual do filho durante a amamentação, a agitação e fato de morder o peito com certa frequência lhe chamavam a atenção e hoje compreende que esses comportamentos seriam os primeiros sinais do autismo. Quando Ricardo tinha cerca de um ano e meio, ela começou a perceber melhor as diferenças no seu comportamento a partir de comentários das pessoas da família e da comunidade. Ricardo costumava enfileirar brinquedos, se agredia, batia a cabeça na parede, se mordida, se arranhava. Mas mesmo assim, ficou resistente em acreditar, considerava que esses comportamentos eram birras. Chegou a dar umas palmadas na criança na tentativa de corrigir os comportamentos inadequados, sem êxito. Quando a médica do CAPS informou o diagnóstico, referiu bastante sofrimento “foi um choque pra mim, chegou em casa chorei tanto, parece que o meu mundo desabou” e sentiu-se muito culpada por conta das palmadas. A partir do diagnóstico, Clara repensa sua forma de cuidado e muda a direção. Tem aprendido com a maternidade de Ricardo a ter mais paciência “a gente é obrigado a ter paciência, porque ele depende da gente, se eu não tiver quem é que vai ter?”.

Clara sempre trabalhou fora e, após o diagnóstico, decidiu ficar em casa para cuidar do filho, pois outras pessoas tinham dificuldades em manejar os episódios de agressividade da criança. Isso causou muito impacto em sua vida, pois o trabalho tem um significado importante para ela. Além disso tem a sensação de que o filho sempre dependerá dela, que não terá mais autonomia e que terá que viver sempre para ele. Também sente medo do futuro, de o filho ser desrespeitado e não conseguir se defender.

7.1.2 Participante 2 – Diana

Ele ainda mama até hoje porque eu realmente insisti.

Diana é uma mulher parda, solteira e tem 32 anos. Possui o Ensino Médio completo e sua renda é proveniente do PBF. Tem três filhos: duas meninas (15 e 8 anos) e Matias com 2

anos e 2 meses, que é acompanhado no CAPSij há cerca de três meses e possui diagnóstico de TEA e TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade).

Diana percebe sua experiência de amamentação como desesperadora. Sempre teve uma boa produção de leite. Suas filhas mais velhas não tiveram dificuldades em mamar. No entanto, Matias rejeitava o peito devido ao fluxo do leite, uma possível hiperlactação. Diana precisava retirar o excesso de leite, dar na mamadeira e depois oferecer a mama a Matias, para que ele aceitasse, conforme foi ensinada na maternidade. Conta que isso era bastante cansativo, que pensou várias vezes em desistir. Se ela esquecesse de retirar o excesso de leite, ele chorava muito e não aceitava o peito e ela ficava desesperada. Precisou insistir muito para garantir a amamentação: “ele ainda mama até hoje porque eu realmente insisti”

A partir do segundo mês, Matias passou a mamar sem essas dificuldades. Fez cinco meses de aleitamento materno exclusivo. Sua insistência pela amamentação se justifica pelo conhecimento das propriedades imunológicas do leite materno, especialmente por seus filhos terem problemas respiratórios. Após superar as dificuldades da amamentação, o sono irregular e o fato de a criança ser muito apegada a ela eram os principais desafios, “nem fazer minhas necessidades fisiológicas direitinho eu consigo com ele, que ele é o tempo todo em cima de mim”.

Não recebeu suporte familiar ou profissional durante a amamentação, apenas na maternidade. Em nenhum momento da entrevista, faz menção ao genitor da criança. Sua moradia está localizada em área descoberta de Estratégia de Saúde da Família. Para agendar pediatra, precisava sair de madrugada com o bebê e ainda tinha que contar com o suporte de alguém para ficar com sua filha do meio. Matias ficou sem acompanhamento até o terceiro mês de vida. Além disso, a criança nasceu na época da pandemia.

Diana foi orientada por uma psicóloga do CAPSij a fazer o desmame com o objetivo de a criança se desapegar dela. Já tinha o desejo de desmamar por sentir-se sufocada: “ele não me deixa ter oxigênio, ele não me deixa respirar”. Essa psicóloga, que era a técnica de referência de Matias, a orientou a deixar a criança com fome até aceitar outro tipo de alimentação. Desta forma, a criança passou três dias sem se alimentar, tomando apenas água, perdeu peso e ficou bastante emagrecido, até que aceitou outros alimentos. A genitora estava bastante fragilizada pelo cansaço da amamentação, especialmente pela grande seletividade alimentar de Matias e acabou seguindo essas orientações.

Diana vê o desmame como uma oportunidade de recuperar sua vida pessoal e seus desejos, tendo tempo para si mesma. Após diminuir a oferta do peito, oferecendo apenas à

noite, Diana percebeu que seu filho apresentou alguns episódios quando a estranhava e a rejeitava. Ela associa esses comportamentos às restrições ao peito. Apesar do desejo de desmamar Matias, demonstrou preocupação com a saúde do filho que, além de ser muito seletivo, ainda possui problemas respiratórios. Ao mesmo tempo, refere que gosta de amamentar, que é um momento que lhe dá prazer.

Percebeu sinais de autismo desde os primeiros meses de amamentação, pois, Matias pouco olhava nos olhos: “as meninas olhavam, com aquele olhão assim, um olhar tão gostoso e passava a mamada todinha olhando. Matias, ele olhava, mas tipo tirava o olho, ele olhava e tinha hora que ele tava distante”. Diana relatou a resistência em aceitar o diagnóstico. Alguns traços foram inicialmente percebidos pela sua filha mais velha após um projeto na escola. Matias tinha um sono irregular, era muito agitado e agressivo, não gostava de se socializar com as outras crianças. Refere que não era seu desejo ser mãe de uma criança com necessidade especial. Preocupava-se com a aceitação das pessoas e com as dificuldades de acesso ao tratamento pelo SUS. Mas com o passar do tempo, os sinais e sintomas ficaram mais acentuados, especialmente os problemas com o sono, o que a fizeram buscar ajuda. A maternidade de Matias trouxe um impacto significativo na sua vida, desenvolvendo sua perseverança e paciência.

7.1.3 Participante 3 – Isabela

Tinha passado por tudo aquilo e o mínimo que era amamentar não tava conseguindo.

Isabela é uma mulher negra, solteira, possui Curso Técnico em Hospedagem e sua renda é proveniente do Benefício de Prestação Continuada. Tem um filho, Heitor, na idade de 5 anos que tem diagnóstico de TEA, TDAH, DI e epilepsia e é acompanhado no CAPSij há cerca de 10 meses.

Isabela teve complicações antes do parto de Heitor. Precisou ficar internada até ele nascer devido à sua pressão arterial estar alta. Seu parto foi induzido e sentiu bastante dor. No pós-parto de Heitor, apresentou uma grande hemorragia e precisou fazer uma incisão. Pensou que iria morrer. Depois que superou esse momento, foi tentar amamentar o filho e sentiu bastante dificuldade, passou quase uma semana na maternidade para ele conseguir mamar, recebeu bastante orientação da equipe de enfermagem. Teve alta, mas precisou retornar ao banco de leite do hospital onde o filho nasceu porque sua mama ficou ferida e não estava

conseguindo amamentar novamente. Essas dificuldades a mobilizaram muito e chorou na entrevista ao contar sua história de amamentação: “tinha passado por tudo aquilo e o mínimo que era amamentar, não tava conseguindo”. Foi um período muito cansativo para Isabela. Recebeu ajuda da sua mãe no pós-parto. Quando conseguiu estabelecer a amamentação, referiu que se sentiu em paz, porque estava conseguindo nutrir o filho. Fez aleitamento materno exclusivo por seis meses.

Sofreu violência doméstica do pai da criança e separou-se. Ele não participa da vida do filho. Este relacionamento abusivo deixou marcas em sua vida, acarretando em sintomas depressivos e de ansiedade.

Quando Heitor completou dois anos, sentiu desejo de fazer o desmame por considerar que a criança já estava crescida e por dificuldades para dormir, pois acordava várias vezes durante a noite para amamentá-lo. Disse que não recebeu qualquer orientação e fez um desmame total e abrupto. Sente que a experiência foi horrível, pois a criança solicitava o peito insistentemente, puxava a sua roupa chegando a rasgar. Colocou esparadrapo no bico da mama, sinalizando para a criança que o peito estava machucado. Sentia-se exausta e apresentou sentimentos ambivalentes, pois ora queria interromper a amamentação devido ao cansaço e ora considerava que era uma conexão importante com o filho. Após uma semana, a criança deixou de pedir para mamar e se afastou da mãe, ignorando-a. Ela associa esse comportamento do filho a como se ele estivesse com raiva dela. Depois de um tempo, Heitor retomou o contato com a mãe.

Isabela considera que, apesar de tudo, o desmame foi uma ótima decisão porque lhe deu mais liberdade. Antes fazia tudo com o filho e agora poderia deixá-lo com alguém da família para poder resolver qualquer questão. Relatou que aprendeu com essa experiência que é importante dar autonomia ao filho e evitar a super proteção. A criança teve uma boa aceitação dos alimentos desde a introdução alimentar.

Isabela recebeu os diagnósticos do filho quando ele tinha dois anos de idade: o primeiro foi epilepsia, seguido de TEA, TDAH e por último Deficiência Intelectual. Não entendia muito bem o que era, então foi pesquisar e se informar. Referiu que até hoje não aceita e que, apesar de ter muito afeto pelo filho, gostaria que ele fosse normal. A maternidade de Heitor possibilitou seu amadurecimento, principalmente fortalecendo-a para se posicionar diante das pessoas e do mundo e de não mais se submeter a relacionamentos tóxicos. Também desenvolveu sua paciência no cuidado ao filho.

7.1.4 Participante 4 – Íris

Foi uma experiência boa, porque, graças a Deus, ela durou bastante.

Íris é uma mulher parda, possui 25 anos, tem o Ensino Fundamental completo, é casada e tem 4 filhos, dois meninos (9 anos e 4 meses) e duas meninas (3 anos e 5 anos). Dois filhos são acompanhados no CAPSij: o menino mais velho e Valentina, 5 anos. Sua renda é proveniente do PBF e BPC do filho mais velho. O companheiro trabalha informalmente como segurança. Valentina não possui diagnóstico. Sua admissão no CAPSij se deu por questões relacionadas ao sono, agitação e heteroagressividade. Está em acompanhamento há cerca de um ano.

Íris considera a experiência de amamentação de Valentina como positiva, devido à duração (1 ano e 8 meses), comparando à experiência com os demais filhos que mamaram menos tempo: “foi uma experiência boa, porque, graças a Deus, ela durou bastante”. No momento da entrevista, tinha tido um outro filho há cerca de 4 meses e ele já havia desmamado. Referiu que sentiu um pouco de dificuldade quando foi dar de mamar a Valentina na primeira vez no hospital, por ter o mamilo invertido. Teve ajuda da enfermeira da maternidade. No entanto, essas dificuldades foram rapidamente superadas. Também recebeu ajuda da sogra no pós-parto e foi acompanhada na USF de referência. Fez aleitamento materno exclusivo por seis meses.

Íris fez lactogestação, ou seja, amamentou Valentina estando grávida de sua terceira filha. Sentia muita agonia e desconforto enquanto amamentava grávida, sendo o principal motivo que a levou a desmamar Valentina. Quando sua filha solicitava o peito, ela utilizava do recurso da distração para tirar o foco da criança. Mas ao mesmo tempo, tinha receios de que Valentina se sentisse trocada pela irmã, então pedia para ela fazer carinho na barriga, cantar uma música para irmã, possibilitando que ela fizesse parte deste momento e não se sentisse excluída. Valentina também foi reduzindo as mamadas devido a alterações no sabor do leite e a redução do fluxo. Quando sua filha desmamou totalmente, sentiu-se triste, pois, apesar dos desafios, era algo que lhe dava satisfação, e ficou com saudades desses momentos. Na ocasião da entrevista, estava bastante triste porque seu bebê de quatro meses havia desmamado.

7.1.5 Participante 5 – Madalena

Mas eu não tive apoio de mãe, não tive apoio de irmã, não tive apoio de pai, de ninguém. Até a última pessoa que tava comigo que é o pai dele, me deixou, depois que teve o diagnóstico.

Madalena é uma mulher parda, possui 30 anos, tem Ensino Médio completo, é separada e tem como renda o PBF. É mãe de um único filho, Emanuel, 3 anos, que possui diagnóstico de TEA e é acompanhado no CAPSij há cerca de quatro meses.

Madalena considera que a experiência de amamentação foi muito difícil, principalmente nos primeiros dias. Sentia muitas dores na mama, teve febre e precisou de ajuda na maternidade. Quando o bebê conseguiu mamar em um peito, não quis pegar o outro e passou todo o período da amamentação mamando em apenas uma mama.

Teve suporte de uma vizinha que conhece desde o período da escola e que é mãe de três filhos. Sua família mora em uma cidade do interior e não tinham condições financeiras para vir visitá-la. Madalena é uma filha adotada. Foi encontrada ainda bebê dentro de uma caixa de sapato, no lixo, por um homem que a adotou. Sente que nunca foi aceita e amada pela família adotiva e chora ao contar sua história. Sente-se muito sozinha, sem apoio. O pai da criança a abandonou após o diagnóstico: “mas eu não tive apoio de mãe, não tive apoio de irmã, não tive apoio de pai, de ninguém. Até a última pessoa que tava comigo que é o pai dele, me deixou, depois que teve o diagnóstico”.

O nascimento de Emanuel ocorreu durante a pandemia e isso foi uma justificativa para o seu parto ter sido cesáreo, pois estava com suspeita de Covid. Tentou convencer a médica a ter um parto normal: “não, doutora, mas eu quero normal, quero normal, aí foi quando ela disse infelizmente não tem como fazer parto normal aqui, porque a gente tá sem o apoio que precisamos, devido essa fase da covid e você tá suspeita da covid”.

Emanuel foi uma criança muito desejada. Madalena teve muita dificuldade para engravidar, fez tratamento e teve indicação para fazer histerectomia, mas se recusou, pois sonhava em ser mãe. Depois de onze anos, engravidou de Emanuel e ficou muito feliz, considera que foi um milagre.

Como a criança só aceitava mamar em um dos peitos, Madalena, tirava o leite do peito que ele não mamava e oferecia na mamadeira, o que parece ter contribuído para uma confusão de bicos e posterior desmame total aos sete meses de vida da criança: “foi aos pouquinhos, quando eu comecei a dar na chuquinha, na mamadeira, aí ele queria mais a mamadeira do que

mamar”. Madalena ainda insistiu na amamentação, no entanto, a criança chorava muito e rejeitava o peito. Referiu que ainda teve leite por mais de um ano, mesmo sem amamentar mais, chegando a molhar sua roupa. Fez a introdução alimentar aos 6 meses e a criança aceitou bem a alimentação, o que a deixou mais aliviada.

Começou a perceber os primeiros sinais de TEA quando o filho tinha um ano e oito meses, pois foi deixando de falar, comunicando-se apenas por gestos e começou a rejeitar alguns alimentos. Ela procurou uma pediatra que a orientou a buscar um especialista. Quando o médico neurologista deu o diagnóstico de TEA, aos dois anos de idade da criança, chorou muito e teve bastante resistência em aceitar.

A experiência da maternidade de Emanuel teve impactos em sua vida, especialmente na parte dos vínculos sociais. Conta que era uma pessoa muito alegre, que gostava de sair e se divertir. No entanto, após Emanuel, tem ficado mais em casa, cuidando dele, vivendo só para ele. Não tem rede de apoio, não tem com quem deixar Emanuel para fazer outras coisas para além da maternidade: “Porque eu nem ligo pra mim, eu vivo mais pra ele”. Apresentou alguns sintomas depressivos e buscou ajuda profissional, no entanto, afirmou que a medicação dá muita sonolência e que não tem ajuda para cuidar de Emanuel.

7.1.6 Participante 6 – Sara

Depois dele, eu comecei a ver o mundo com outra, com outra visão. (...) Eu me vejo outra mulher. Com certeza, é outra mulher, me sinto mais forte.

Sara é uma mulher parda com 35 anos de idade. É solteira e está cursando o último ano da graduação em Serviço Social. Sua renda é proveniente de uma bolsa de estágio e do PBF. Possui três filhos, duas meninas (16 e 11 anos) e um menino, Arthur, com 4 anos e 6 meses, que tem diagnóstico de TEA e é acompanhado no CAPSij há cerca de um ano.

Sara conta que a experiência de amamentação de Arthur não foi muito agradável até uns seis meses, porque suas mamas ficaram muito machucadas. Arthur chorava muito e era muito agitado, o que deixava o processo de amamentação ainda mais difícil. Foi sua primeira experiência de parto cesáreo, pois queria fazer laqueadura. Sua recuperação foi muito difícil, sentia muitas dores, muito medo de que a cirurgia desse algum problema e chorava muito. Ficava enviando fotos da sua cirurgia para as amigas, para elas avaliarem se estava tudo dentro da normalidade. Não foi uma gestação desejada e não queria ser mãe de menino. Sua

mãe a ajudou nestes primeiros dias, mas conta que sua ela é uma pessoa muito frágil emocionalmente e que não conseguia dar o apoio emocional que Sara precisava. Quem a ajudou muito foi sua filha mais velha que na época tinha 12 anos. Referiu que a filha precisou amadurecer muito cedo para lhe dar suporte nos cuidados aos irmãos mais novos. Não teve apoio do pai da criança que nem sequer registrou Arthur. Sofreu violência doméstica e descobriu-se grávida quando já estava separada. Acredita que por isso, teve dificuldades em aceitar essa gestação: “eu me senti muito só, eu tava só, sozinha, com mais duas crianças, dependendo altamente de mim e Arthur muito diferente”. Arthur já era muito agitado desde o nascimento e Sara ficava frustrada porque a amamentação não o acalmava como aconteceu com suas outras duas filhas. Referiu muito sofrimento para amamentar até uns oito meses de vida de Arthur. Nessa fase, percebeu que o filho apresentava dificuldades em aceitar outros alimentos, então ela se sentia na obrigação de amamentá-lo.

Sara continua amamentando Arthur no momento da entrevista e referiu desejo de realizar um desmame total. Considera um grande desafio desmamar. Justifica a continuidade da amamentação de Arthur por se perceber como uma mãe ausente porque trabalha e estuda, passando o dia inteiro fora de casa. Então sente uma necessidade de estar mais próxima ao filho e acredita que a amamentação fortalece o vínculo. Arthur fica acordado esperando Sara chegar para amamentá-lo e rapidamente adormece. Como motivo para o desmame, referiu o cansaço, pois ele passa a noite inteira mamando, atrapalhando o seu sono. Considera também que a criança já está crescida e sente-se desconfortável em amamentá-la em público. Sua única tentativa de desmame foi quando colocou dipirona líquido no bico da mama. Acreditava que devido ao gosto amargo da medicação, ele iria rejeitar o peito. No entanto a criança continuou mamando como de costume. Apesar do desejo de desmamar, Sara se preocupa porque o filho tem bastante seletividade alimentar.

Compartilhando sobre a amamentação do seu filho em seu ambiente de estágio, um psicólogo lhe fez duras críticas, perguntando se ela queria criar um babaca, sinalizando que a criança já era ‘um homem’. Também argumentou que a amamentação atrapalha a ingestão de outros alimentos, pois a criança ficaria com preguiça de mastigar, já que tem o leite do peito bem disponível. Sara sente-se muito criticada também pela sua família pelo fato de estar amamentando uma criança de 4 anos, escuta frases como "Sara, tira esse menino do peito, esse menino com 4 anos. Mas Sara, o aleitamento materno já não resolve, é até dois anos...". Por um lado, ela acha que esses comentários fazem sentido, por outro, acha que ainda é válido amamentá-lo porque ele tem TEA e seletividade alimentar.

Sara se abalou muito com o diagnóstico de TEA de Arthur. Chorou bastante, sentiu medo, mas se considera com os ‘pés no chão’. Ela mesma procurou tratamento porque percebeu alguns comportamentos diferentes. Apesar de ter ficado bastante mobilizada com o diagnóstico, tranquilizou-se quando ele foi admitido no CAPS e iniciou logo um acompanhamento. A maternidade de Arthur foi um divisor de águas na sua vida, trazendo muito amadurecimento. Contou que, apesar de já ter duas filhas, foi a maternidade de Arthur que trouxe mais transformações. Acredita que o fato de ele ter TEA contribuiu para que esta maternidade fosse diferente e trouxesse maiores impactos na sua vida: “depois dele, eu comecei a ver o mundo com outra visão. (...) Eu me vejo outra mulher, com certeza, é outra mulher, me sinto mais forte”. Após Arthur, Sara entrou na faculdade para estudar Serviço Social.

7.1.7 Participante 7 – Fernanda

Eu tenho que lutar, né, por ele, né. Não posso ficar desse jeito, triste, chorando, porque não vai adiantar de nada que a realidade... A realidade que não vai mudar.

Fernanda, 43 anos, é uma mulher parda, solteira e com o Ensino Médio completo. Possui dois filhos, uma menina com 16 anos e Ítalo com 3 anos que é acompanhado no CAPSij há cerca de seis meses e tem diagnóstico de TEA. Não possui renda, vivendo da ajuda da mãe.

Fernanda amamentou Ítalo por cerca de cinco meses. Apesar de ter achado pouco tempo, considera que foi bom assim, visto que precisaria retornar ao trabalho. Teve ingurgitamento mamário, chegando a apresentar febre e sendo urgenciada na UPA quando foi prescrito o uso de antibiótico, compressas e o desmame. Sentia muitas dores ao amamentar. Outro fator que dificultou a amamentação foi o fato de ter quebrado o pé quando a criança tinha cinco meses e precisou ficar quatro meses com ele imobilizado. Quem a ajudou nesse processo foi a sua mãe.

Contou que o filho foi deixando de mamar ‘por ele mesmo’, no entanto, referiu uso de mamadeira, mas não faz associação entre seu uso e o desmame. Considera que a criança desmamou devido a sua dificuldade de amamentar pois sentia muitas dores. Fez aleitamento materno exclusivo até quatro meses. No início da introdução alimentar, Ítalo se alimentava bem.

Percebia desde cedo alguns sinais de TEA, mas afirmava que só acreditaria se algum médico confirmasse. Fernanda tem uma netinha na mesma idade de Ítalo e comparando o desenvolvimento deles, percebia algumas diferenças significativas entre os dois. Ítalo não falava, ficava mexendo os dedinhos, não interagia com outras crianças, preferia ficar sozinho, costumava girar objetos e rodar ao redor de si mesmo, se jogava no chão e não sentia dor, chegou a ter uma fissura no osso da perna e não demonstrava incômodo.

A criança foi acompanhada em um hospital do município do Recife devido a alguns episódios de engasgo. Em uma das consultas, perguntou à médica otorrinolaringologista porque seu filho, já com quase três anos, não falava, se era algo relacionado à garganta e a médica disse que não tinha nada a ver com a garganta, que possivelmente ele tinha TEA e que iria encaminhá-la para um serviço especializado. Ficou muito triste, passou dias chorando, sem querer aceitar. No entanto, depois entendeu que não poderia viver se lamentando porque não iria mudar a realidade e que precisaria lutar pelo filho: “Eu tenho que lutar, né, por ele, né. Não posso ficar desse jeito, triste, chorando, porque não vai adiantar de nada que a realidade... A realidade que não vai mudar”. Então foi em busca de tratamento. Mudou seu percurso de vida, deixando o trabalho para poder acompanhá-lo nas terapias e tratamentos. Além disso, a criança é muito seletiva e aceita melhor a alimentação quando Fernanda oferece.

Como aprendizagem, percebe que a maternidade de Ítalo possibilitou que ela desenvolvesse mais sua paciência ao cuidar do filho. Referiu que não é fácil cuidar de um filho sozinha. Em nenhum momento da entrevista, cita o pai de Ítalo.

7.1.8 Participante 8 – Sandra

Mudou meu jeito de ser como me mudou completamente, mudou completamente.

Sandra é uma mulher negra, tem 39 anos, não tem escolaridade, é viúva e sua renda é proveniente do PBF. Possui um único filho, Jean, que tem 5 anos e 10 meses. É acompanhado no CAPSij há cerca de nove meses e foi diagnosticado com TEA.

Sandra considera que sua experiência de amamentação foi muito positiva. Sempre desejou ser mãe e amamentar. Assim que Jean nasceu, ele foi colocado no peito e logo mamou. Sandra não teve dificuldades para amamentar. Teve muito leite e ainda amamentou dois outros bebês da sua comunidade. Referiu que não teve suporte familiar no pós-parto e

que acabou ficando muito sozinha, precisando cuidar da casa e do filho mesmo cirurgiada (cesariana). O companheiro, com quem residia à época, não era pai biológico da criança. Nos primeiros dias ele se disponibilizou a ajudar, mas depois referiu que ele cansou: “aí ficou eu e Deus, aí não foi um momento bom na minha vida não”.

Não recebeu orientação sobre amamentação. Quando tinha 12 anos de idade, sua mãe a expulsou de casa e passou a trabalhar em casa de família. Ajudou muitas mulheres no pós-parto e foi aprendendo por meio da observação.

Passou por duas situações bem difíceis nos primeiros meses de Jean: a criança adoeceu e precisou ficar uns dias na UTI e, pouco tempo depois, seu companheiro faleceu. Depois desses acontecimentos, Sandra ficou muito fragilizada emocionalmente, desenvolvendo um quadro depressivo grave. Precisou de acompanhamento em CAPS: “eu não sei o que acontecia comigo, era um suor frio, era uma sensação, tô infartado, eu tenho um derrame, eu começava a ficar num desespero, eu não comia, eu num tomava banho, num escovava os dentes, num cozinhava, não fazia nada”. Nisso, passou a solicitar ajuda do pai biológico da criança, no entanto, ele a maltratava e a insultava: “dava sede em mim, mas eu não conseguia tomar água, o pai dele ‘quer água, vá pegar, você não é uma aleijada’”. Chegou a tentar suicídio. Não aderiu às medicações porque causavam muita sonolência e ela queria cuidar do filho. Acredita que sua fé em Jesus foi que a curou. Hoje não apresenta mais sintomas depressivos.

No momento da entrevista, a criança continua mamando, no entanto, Sandra vem diminuindo a oferta motivada pela idade da criança, oferecendo outros alimentos quando a criança solicita mamar, conseguindo tirar o foco da amamentação. Atualmente ele só mama quando vai dormir. Fez aleitamento materno exclusivo por três meses.

Quando foi informada pela médica que a criança tem TEA, ficou confusa, pois não conhecia o termo. Perguntou, mas a médica não explicou. Achou que era um tumor, câncer ou outra doença grave e ficou desesperada para fazer uma ressonância. O exame não deu qualquer alteração neurológica, o que a tranquilizou. Como primeiros sinais de TEA, percebia que o filho não olhava em seus olhos, costumava apontar, andava na ponta dos pés, colocava as mãos nos ouvidos e não atendia quando chamado pelo nome. Pesquisou no *Youtube* sobre autismo e foi aí que entendeu. Quando teve ciência do diagnóstico, passou a sentir medo, especialmente que o filho sofra no futuro.

Cuida sozinha da criança e sente-se sufocada. Pede ajuda ao pai biológico, mas ele se nega a contribuir. Tem saído pouco de casa devido às crises que Jean tem quando frequenta

outros ambientes. Percebe muitas mudanças em si mesma após a maternidade de Jean, referindo que era uma mulher muito agressiva, bruta e que se envolvia em muitas brigas. Além disso bebia, fumava e ia muito em festas: “hoje em dia tudo isso não dá vontade mais. (...) Mudou meu jeito de ser como me mudou completamente, mudou completamente”.

7.2 A TRANSVERSALIDADE DAS EXPERIÊNCIAS

Nesta seção buscou-se apresentar e discutir as transversalidades identificadas nas entrevistas a partir de cinco Unidades de Significado: 1) Dificuldades experienciadas na amamentação; 2) A experiência solitária do desmame; 3) Cultura do desmame precoce e/ou abrupto; 4) A descoberta do diagnóstico; 5) Transições no curso de vida de mães de crianças acompanhadas em um CAPSij. As unidades ‘Dificuldades experienciadas na amamentação’ e ‘A experiência solitária do desmame’ foram identificadas em todas as entrevistas. O quadro 4 ilustra a construção dessas unidades presentes em cada entrevista, sendo apresentadas a seguir.

Quadro 4 – Definição das Unidades de Significado presentes em cada participante

	Dificuldades experienciadas na amamentação	A experiência solitária do desmame	Cultura do desmame precoce e/ou abrupto	A descoberta do diagnóstico	Transições no curso de vida de mães de crianças acompanhadas em um CAPSij
Clara	X	X		X	
Diana	X	X	X	X	X
Isabela	X	X		X	X
Íris	X	X			
Madalena	X	X	X	X	X
Sara	X	X	X	X	X
Fernanda	X	X	X	X	X
Sandra	X	X		X	X

Fonte: A autora (2024)

7.2.1 Dificuldades experienciadas na amamentação

As participantes deste estudo relataram diversos desafios em suas experiências de aleitamento materno, dentre eles, a inexistência ou a fragilidade da rede de apoio estiveram

bastante presentes nos relatos. As mulheres entrevistadas, na maioria das vezes, precisavam assumir sozinhas os cuidados com os afazeres domésticos, com os outros filhos e com o bebê, muitas vezes com comportamentos atípicos, sentindo-se sobrecarregadas e solitárias:

Mas eu não tive apoio de mãe, não tive apoio de irmã, não tive apoio de pai, de ninguém. Até a última pessoa que tava comigo que é o pai dele, me deixou, depois que teve o diagnóstico” (Madalena).

Eu tive ajuda da minha mãe, mas, assim, como as meninas também não tinham essa idade, né, então ainda dava um pouco mais de trabalho, né. (...) E mainha é uma pessoa muito frágil também psicologicamente, então ela não conseguia me ajudar, ela sentia pena de mim” (Sara).

Eu esperava que minha família venha me ajudar (...), mas eu tive que me levantar pra cuidar dele, pra dar banho nele. Ai custo, pra passar sair com ele, pra marcar uma consulta pra ele, pra arrumar uma casa, lavar uma roupa, sempre com os pontos, né (Sandra).

Rede de apoio são pessoas (familiares, amigos, vizinhança etc.), profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde etc.), grupos ou instituições (creche, escola, empresas, banco de leite etc.) e o governo por meio de políticas públicas que apoiam a mulher durante a amamentação, de diversas formas: oferecendo atenção e afeto, ouvindo-a sem julgamentos, auxiliando nas tarefas domésticas, oferecendo informações corretas e úteis, contribuindo no cuidado aos outros filhos, incentivando-a, dividindo a carga mental, fortalecendo sua autoconfiança e autoestima, acompanhando-a nas consultas dela e do bebê, ficando com o bebê para que ela possa cuidar de si mesma ou descansar, oferecendo apoio emocional, dando suporte no retorno ao trabalho, ensinando-a como retirar o leite e como armazená-lo, dentre outros. Esse apoio empodera a mulher, diminui o desgaste físico e mental e responsabiliza família e sociedade pelos cuidados a um bebê (SBP, 2024). Esta rede era bem frágil ou até mesmo inexistente nas experiências das entrevistadas.

Amamentar pode ser uma experiência marcada por diversos desafios. A mulher que amamenta pode perceber essa vivência de diversas formas, permeando entre dor e prazer. As fissuras mamilares ou outras intercorrências mamárias estão entre as principais fontes de sofrimento nas primeiras semanas de amamentação. Ao mesmo tempo, sentimentos de satisfação, realização e fortalecimento do vínculo com o bebê fazem parte da experiência, o que torna a amamentação uma experiência bastante complexa (BORTOLI; POPLASKI; BALOTIN, 2019). Crenças como “leite fraco” ou insuficiente e o choro do bebê também são citados na literatura como grandes dificultadores do processo de aleitamento materno (ROLLINS et al., 2023). Sendo assim, para conseguir amamentar, é fundamental que a

mulher receba suportes social e emocional, além de informações adequadas sobre aleitamento materno (WAGNER et al., 2020).

Algumas mulheres deste estudo também relataram dificuldades em acessar a rede de saúde do SUS. Diana reside em área descoberta de Estratégia de Saúde da Família e, para conseguir marcar uma consulta para ela ou para o filho, precisava ir de madrugada a uma policlínica para pegar ficha. Só conseguiu agendar uma consulta com pediatra quando a criança tinha três meses de idade. Clara é cadastrada em uma Unidade de Saúde da Família, no entanto, seu filho nasceu no início da pandemia, quando as consultas foram suspensas, ficando sem assistência. Sara não recebeu qualquer orientação sobre amamentação, nem mesmo na maternidade.

Wagner et al. (2020) realizaram um estudo no município de Curitiba-PR, em dez USFs, onde entrevistaram membros de 17 famílias compostas por crianças com idade entre seis a doze meses e identificaram que a presença de uma rede de apoio que dava suporte nos afazeres domésticos e no cuidado com outros filhos, que fornecia apoio emocional e incentivo à amamentação e que oferecia orientações e informações por meio de profissionais de saúde, foram elementos que fortaleceram a amamentação, enquanto que a carência de rede de apoio fragilizou o processo de aleitamento materno. Desta forma, os autores concluíram que amamentar é um fenômeno familiar e social que excedem a díade mãe-bebê, sendo importante valorizar a dimensão social, encorajando as redes de apoio familiares. Também consideram que é importante a construção de políticas públicas que fortaleçam os serviços de saúde para a promoção de suporte técnico à rede social da mulher, pois não se pode compreender a amamentação como uma responsabilidade exclusiva das famílias.

Outro fator a ser considerado nesta pesquisa é que a rede de apoio, quando existente, estava composta apenas por mulheres: mãe, sogra, vizinha e filha mais velha. Clara, Isabela e Fernanda, receberam suporte da mãe. Íris, apesar de conviver com o pai da criança, referiu apenas apoio da sogra no pós-parto. Diana não recebeu qualquer suporte social ou familiar. Madalena recebeu ajuda de uma vizinha, uma mulher com experiência em amamentação, mãe de três filhos. Sara, apesar ter recebido apoio da mãe, contou que seu principal suporte veio de sua filha mais velha de 13 anos. E Sandra relatou que inicialmente o padrasto da criança deu suporte, mas que depois cansou e ela ficou sozinha.

Estes relatos demonstram que a mulher ainda é vista como a principal cuidadora nos mais diversos contextos, ou seja, uma feminilização do cuidado. Sobre isso, uma pesquisa etnográfica (LARANGEIRA; NAKAMURA, 2023) centrada na experiência de mulheres

cuidadoras de crianças acompanhadas em um CAPSij refletiu esta desigualdade de gênero. As participantes viam o cuidado como um dever e como responsabilidade delas, esta função assumia um lugar central em suas vidas, sendo percebida como algo natural. Badinter (1985), em suas reflexões sobre o mito do amor materno, considera que, ao longo da história e por meio de interesses econômicos e políticos, foi constituído à mulher esse lugar de cuidado dos filhos, valorizando-se o sacrifício e devoção à família, entendendo-os como uma vocação natural, determinada biologicamente, ou seja, função exclusivamente feminina. Essas ideias construídas a partir do século XVIII, mas ainda muito presentes na sociedade atual e percebidas nas entrevistas desta pesquisa, acarretam em grande sofrimento à mulher, desenvolvendo sentimento de culpa, sobrecarga e adoecimento psíquico e ainda privilegiando homens, eximindo-os de sua responsabilização no cuidado.

Outra dificuldade na amamentação e presente no relato de três mulheres deste estudo está relacionada ao comportamento atípico dos bebês. Diana teve uma possível hiperlactação e seu filho rejeitava o peito devido ao intenso fluxo do leite, diferentemente de suas outras duas filhas mais velhas, que não tiveram qualquer problema relacionado à amamentação. Antes de amamentar, Diana precisava retirar o excesso de leite, dar na mamadeira e depois oferecer a mama, conforme foi ensinada na maternidade, para que o bebê aceitasse o peito. Se ela esquecesse de retirar o excesso de leite, o bebê chorava intensamente e não aceitava o peito, o que era um momento desesperador: *“Ele ainda mama até hoje porque eu realmente insisti. (...)Eu simplesmente tava lutando pelo meu filho”* (Diana).

Sara percebia que seu filho chorava muito, era bastante agitado e que a amamentação não o acalmava, bem diferente da sua experiência anterior com suas outras duas filhas mais velhas:

Sofri muito nesses primeiros meses, até mais ou menos uns 8 meses. E depois eu comecei a perceber, assim, que ele era um menino, um bebê que não aceitava muita coisa de alimentação. Eu me senti, assim, naquela obrigação de amamentá-lo... (Sara).

Ambas as mulheres compreendem que esses comportamentos já seriam os primeiros sinais de autismo, mas só fizeram essa relação anos mais tarde. Diana e Clara também referiram a ausência de contato visual durante as mamadas como um sinal indicativo de TEA:

Matias nunca olhou com o olhar das meninas, que era uma coisa que eu estranhava, sabe. (...) As meninas olhavam, com aquele olhão assim, um olhar tão gostoso e passava a mamada todinha olhando. Matias, ele olhava, mas tipo tirava o olho, ele olhava e tinha hora que ele tava distante (Diana).

Só que ele sempre nunca olhou direito, né? Assim, o contato visual, ele não tinha aquele contato. Igual meu primeiro filho tinha, ele não tinha e as outras crianças, né (Clara).

Homercher et al. (2020) entrevistaram 27 mães com filhos com TEA, no estado do Rio Grande do Sul, com o objetivo de apresentar e discutir os primeiros sinais observados por essas mães quando seus filhos ainda eram bebês e não tinha sido diagnosticados. Constataram que os sinais mais observados estavam nas áreas da linguagem e do comportamento, no entanto, na ocasião, as mães não percebiam ainda como sinais de alerta e nem foram orientadas por profissionais de saúde. A baixa interação social, principalmente o pouco contato visual, esteve presente nos relatos das mães do estudo de Homercher et al. (2020), como também o choro intenso e constante, comportamentos semelhantes aos relatados por Sara, Diana e Clara.

O TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento com prejuízos na comunicação social recíproca e na interação social e com padrões restritivo e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. Os primeiros sinais de TEA são melhores percebidos a partir dos dois anos de idade, no entanto, alguns sinais já podem ser vistos antes dos 12 meses, por isso a importância de os profissionais de saúde estarem capacitados para identificar os sinais de alerta (American Psychiatric Association, 2014).

A Lei nº 13438, de 26 de abril de 2017 (BRASIL, 2017b), que altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), torna obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde de protocolos que estabeleçam padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. A atenção básica, por meio das consultas de puericultura, seria uma excelente oportunidade para realizar esse rastreamento. No entanto, segundo Nascimento et al. (2018), os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família apresentam dificuldades na identificação de sinais de alerta para o TEA: sente-se confusos, incapazes de avaliar, com pouco conhecimento sobre a temática e até consideram que não seria uma responsabilidade da enfermagem. Importante considerar que rastrear e estimular precocemente não é diagnosticar precipitadamente, mas possibilitar que crianças com atrasos no desenvolvimento tenham acesso a tratamentos no âmbito do SUS.

Um outro fator presente no relato das mães deste estudo é que elas percebiam o aleitamento materno como uma oportunidade de estar mais perto do filho e como forma de fortalecer o vínculo:

Porque eu estudo, aí tô fazendo agora meu estágio. Mas eu sempre trabalhei, né. E tava estudando, então, passava o dia inteiro fora de casa, então assim pra mim eu tinha essa necessidade de tá junto, né, de estar perto, e amamentação é uma coisa muito próxima, então, assim, com Arthur eh... foi mais pesado essa questão da ausência porque das meninas eu não estudava, então eu largava e tinha mais um

tempo pra ficar com elas. E com Arthur não, eu saía de manhã, só chegava depois das 10 da noite, entende? (Sara).

Para as participantes Sara, Diana, Clara, Isabela, Íris e Sandra, a amamentação é uma vivência afetiva muito significativa, uma forma de comunicação e evidencia uma relação de apego, possibilitando satisfação e prazer, corroborando com as ideias de Winnicott (1999) e de Bowlby (1989) sobre a construção do vínculo mãe-bebê. É notório nas entrevistas o quanto que essas mulheres se esforçaram para amamentar, para estar conectadas com suas crianças, para compensar o tempo ausente e fortalecer a relação de apego, o que vai de encontro às afirmações presentes ao longo da história do autismo, que compreendiam que os sintomas de isolamento social e falta de reciprocidade e de comunicação sociais seriam consequências de uma relação fria e distante que a mãe estabelecia com a criança nos seus primeiros anos de vida. As “mães-geladeira” teriam um distanciamento emocional, seriam pouco amorosas e se dedicavam escassamente às relações interpessoais. Sendo assim, o autismo seria uma consequência de uma relação inadequada entre mãe e bebê, sugerindo que haveria uma relação causal entre vínculo materno e transtornos e deficiências mentais, responsabilizando e culpabilizando as mães pelo autismo dos filhos (LOPES, 2021).

Leo Kanner foi um psiquiatra pioneiro nos estudos sobre autismo, publicando sobre o tema no ano de 1943. Apesar de considerar que se tratava de um questão inata, ele atribuía aos aspectos relacionais uma grande importância no desenvolvimento dos sintomas do autismo, afirmando que as crianças seriam mantidas em uma geladeira emocional ou relacional que não descongelava, em uma época de ascensão da psicanálise que enfatizava a relação da mãe com a criança como estruturante da personalidade e fundamentais para as relações que estabeleceriam enquanto adultos, construindo a ideia de que o autismo teria relação com o exercício inadequado da maternidade (LOPES, 2021).

Na década de 60, Bruno Bettelheim, tendo por base a psicanálise freudiana, contribuiu para a culpabilização das mães sobre o autismo dos filhos, afirmando ser uma patologia de ordem emocional, quando a criança, por não se sentir amparada e acolhida por sua mãe, escolheria entrar em uma ‘fortaleza vazia’, entregando-se a um estado de não existência, compreendendo que a forma como as mães se relacionavam com seus filhos seria o fator etiológico do autismo e que o que o precipitaria seria o desejo de um dos pais de que a criança não existisse. Nesta perspectiva, a terapia indicada para crianças autistas era o afastamento da família e sua institucionalização em escolas, proibindo inclusive a visita das mães, que

deveriam se submeter a um processo terapêutico para se darem conta, absurdamente, de que em algum momento rejeitaram o filho (LOPES, 2021).

No entanto, indo de encontro a essas ideias já superadas, as mães deste estudo mostraram-se bem disponíveis emocionalmente para os filhos, valorizavam o contato pele a pele, buscavam interação com a criança e, mesmo assim, as crianças apresentam autismo, corroborando que o TEA possui diversas outras causas.

As experiências de amamentação para as mulheres deste estudo não pode ser entendida como uma vivência apenas individual e intrapsíquica, mas vivenciada dentro de um contexto social e cultural. As participantes utilizaram diversos recursos e ferramentas sociais para lidar com as dificuldades e desafios da amamentação e desmame. Aspectos culturais moldaram as experiências (ROSA; VALSINER, 2018). Cada mulher experienciou a amamentação de maneira singular, no entanto, dentro um contexto social e cultural, dando sentido às experiências e construindo trajetórias únicas. Estas vivências foram catalizadoras do desenvolvimento, havendo aprendizagens e mudanças, mostrando que a vida adulta também é um momento de desenvolvimento (ZITTOUN, 2015). Pode-se perceber a amamentação e o desmame como esferas da experiência que exigiram esforços dessas mulheres para construir novas trajetórias de vida. Algumas mulheres, por mais que já tenham amamentado um ou mais filhos, perceberam a experiência de amamentar o filho atendido no CAPSij como uma nova experiência, até mesmo desconhecida, com desafios diferentes e que requereram novas formas de agir e interagir e a construção de novas habilidades para poder viver nessa nova esfera, proporcionando processos de mudança.

Clara já havia amamentado seu primeiro filho, no entanto, por poucos meses. Com o nascimento de Ricardo, tinha o desejo de amamentá-lo por mais tempo e, para isso, precisou encontrar novas formas de vivenciar essa experiência. Referiu como desafios as dores na mama nos primeiros dias e a dificuldade de dormir, por precisar amamentar de madrugada. Além disso, seu filho nasceu no início da pandemia e não teve suporte profissional. Precisou encontrar ferramentas e recursos para construir uma história de amamentação diferente. Atualmente, sente muita satisfação ao amamentar, considera que conseguiu construir uma trajetória única na amamentação de Ricardo que permanece mamando aos três anos de idade.

Diana teve uma hiperlactação e seu filho tinha dificuldades com o fluxo de leite. Precisava esvaziar a mama antes de amamentar, o que era muito cansativo. Se estivesse ocupada com os afazeres domésticos e perdesse a hora de retirar o excesso de leite, Matias não aceitava e era um momento bastante desafiador. Insistiu na amamentação por considerar a

importância do leite materno. Precisou encontrar recursos para lidar com a situação, até que com uns três meses, Matias deixou de apresentar essas dificuldades e Diana passou a sentir prazer com a amamentação. Sente que venceu os desafios e que aprendeu muito com a experiência, tornando-se uma mulher mais forte e empoderada.

Isabela teve hemorragia após o parto e isso lhe gerou muita angústia, inclusive sentiu medo de morrer. Ao mesmo tempo que cuidava de si mesma, tentava amamentar, no entanto, sem sucesso. O suporte do banco de leite da maternidade onde Heitor nasceu foi fundamental, pois a fortaleceu neste processo. Quando conseguiu estabelecer a amamentação, sentiu-se empoderada. Estas dificuldades trouxeram aprendizagens e construção de habilidades.

7.2.2 A experiência solitária do desmame

Das mulheres entrevistadas, quatro (Clara, Diana, Sara e Sandra) continuavam amamentando seus filhos. A falta de orientação profissional sobre desmame foi algo presente nas entrevistas. Sendo assim, as mulheres desse estudo foram desmamando de maneira intuitiva. Algumas fizeram tentativas frustradas de desmame como Sara que colocou dipirona líquido no bico da mama. Acreditava que devido ao gosto amargo da medicação, o filho iria rejeitar o peito. No entanto a criança continuou mamando como de costume. Já Isabela fez um desmame abrupto: a criança pedia, puxava a sua roupa chegando a rasgar e ela se mantinha firme, negando o peito. Colocou esparadrapo no bico da mama sinalizando para a criança que o peito estava machucado. Sentia-se exausta e apresentava ambivalência, pois considerava que era uma conexão importante com o filho. Após uma semana, a criança deixou de pedir para mamar e se afastou da mãe, ignorando-a. Ela associa esse comportamento do filho como se ele estivesse chateado com ela. Clara vem realizando um desmame gradual, diminuindo a oferta principalmente durante o dia e substituindo o momento da amamentação por brincadeiras. Íris fez lactogestação e passou a sentir uma agonia enquanto amamentava grávida. Então, quando sua filha solicitava o peito, ela utilizava a distração para tirar o foco da criança. Sandra vem diminuindo a oferta, oferecendo alimento ao invés do peito, desta forma, a criança vem reduzindo a frequência da amamentação e só mama para dormir.

O desmame natural não é algo que acontece em um único momento, mas é um processo. Alguns sinais indicam que a criança está madura para o desmame: ter mais de um ano de idade; diminuição no interesse em mamar; aceita bem outros alimentos, outras formas de consolo e não ser amamentada em determinados lugares e horários; em algumas ocasiões,

pega no sono sem mamar; prefere brincar com a mãe ao invés de mamar. O desmame abrupto não deve ser encorajado, pois pode gerar insegurança na criança, além de fazê-la sentir-se rejeitada pela mãe. Também pode trazer algumas consequências para a mulher como ingurgitamento mamário, mudanças hormonais e sentimentos relacionados ao luto (BRASIL, 2015e). Em um estudo realizado por Cruz (2021) com mães que realizaram aleitamento materno por mais de um ano, aquelas que realizaram um desmame súbito referiram sofrimento, ansiedade e dificuldades no processo, além de choro inconsolável da criança e seu distanciamento. Já aquelas que realizaram um desmame progressivo, utilizando o diálogo com a criança e respeitando sua fase de desenvolvimento, consideraram a experiência como positiva.

O Ministério da Saúde possui um documento voltado para profissionais que atuam na Atenção Básica com orientações sobre aleitamento materno e alimentação complementar, chamado *Caderno da Atenção Básica n. 23* (BRASIL, 2015e). Neste documento, há um capítulo a respeito do desmame, que traz orientações sobre como apoiar e respeitar o desejo da mulher em interromper a amamentação, mesmo que a criança ainda não dê sinais de maturidade. Dentre as orientações estão: observar se a mulher está segura de que quer desmamar; informar que o processo pode ser lento e demandar muita energia se a criança não estiver preparada e que é importante ter flexibilidade, paciência e compreensão, respeitando o tempo da criança; orientar que talvez seja necessário dar mais suporte de tempo e atenção à criança e que a mãe não deve se afastar do filho nem fazer o desmame concomitantemente a outras mudanças, como controle dos esfíncteres, separações, ingresso na escola etc.; indicar o desmame gradual, retirando uma mamada a cada 1-2 semanas; informar que se a criança for maior, o planejamento pode ser feito juntamente com ela; orientar que a mãe pode começar não oferecendo mais o seio, mas também não o recusando, podendo encurtar as mamadas, adiá-las ou substituí-las por brincadeiras e restringir as mamadas a alguns locais e horários (BRASIL, 2015e). No entanto, nenhuma das entrevistadas refeririam acesso a essas informações.

Outro fenômeno observado nas entrevistas foi o uso de bicos artificiais, principalmente da mamadeira, que ocasionaram confusão de bicos, um processo que pode levar a criança a abandonar a amamentação. A introdução de bicos artificiais pode alterar a forma de a criança mamar e desencadear mudanças fisiológicas na sucção, levando a pegadas incorretas, fissuras mamilares, dificuldades na ordenha do peito, redução da produção de leite, dificuldades na habilidade oral para a ordenha. O uso de fórmulas por meio da mamadeira

pode ocasionar que a criança fique saciada e busque menos o seio, acarretando em diminuição na produção de leite pela mãe (FREIRE et al., 2021).

Madalena contou como o uso da mamadeira prejudicou a amamentação, ocorrendo o desmame total aos 7 meses de idade da criança: “*Foi aos pouquinhos, quando eu comecei a dar na chuquinha, na mamadeira, aí ele queria mais a mamadeira do que mamar*”. Para Fernanda, o filho foi deixando de mamar ‘por ele mesmo’, no entanto, referiu uso de mamadeira, mas não fez associação entre seu uso e o desmame. Considera que a criança desmamou aos cinco meses devido a sua dificuldade de amamentar relacionada às dores que sentia.

A mamadeira fornece um fluxo mais fácil e constante enquanto que no peito a criança precisa fazer mais esforço para extrair o leite, além de o fluxo ser instável e a pega mais difícil. No peito, a ejeção do leite demora em torno de um minuto após o bebê abocanhar a aréola, já na mamadeira, o leite sai de imediato. Então ao usar a mamadeira, a criança passa a preferir a opção que requer menos esforço, apresentando reações de irritabilidade e choro ao mamar (BRASIL, 2015e). Sendo assim, a introdução de bicos artificiais é um dos grandes fatores associados ao desmame precoce (FREIRE et al., 2021), no entanto, as mulheres entrevistadas que passaram por desmame precoce não relataram qualquer orientação de profissionais de saúde sobre essas questões.

Madalena referiu que uma vizinha, sua única rede de apoio, mencionou que a mamadeira atrapalha a amamentação e a orientou a suspender seu uso. Apesar de ter vivenciado a confusão de bicos, com muito esforço, determinação e sem orientação técnica, a entrevistada ainda conseguiu manter a amamentação até aos sete meses de vida do filho, quando ocorreu o desmame total. No entanto, ainda permaneceu tendo leite no peito por cerca de um ano. Quando a mama ingurgitava, fazia a ordenha e desprezava o leite. Sentiu desejo de doar para o banco de leite, porém, sem rede de apoio, não conseguia se deslocar sem o filho, o que denota mais uma vez, a carência de suporte e orientação profissional, uma vez que a doação pode ser feita sem que a mulher precise se deslocar.

Sem terem acesso a orientações técnicas, algumas mulheres do presente estudo utilizaram, no processo de desmame, ferramentas e recursos sugeridas por outras mulheres da comunidade, como a utilização de substâncias nos mamilos para alterar o sabor do leite ou colar esparadrapo para fazer referência de que a mama estava machucada. O uso de métodos baseados em costumes, experiências e percepções pessoais, como utilizar dipirona, esmalte vermelho, esparadrapo nos mamilos, também foi observado por Cruz (2021), que ainda

percebeu que profissionais de saúde se utilizavam desses ditos populares para orientar às mães na efetivação do desmame.

Estes elementos mostram como aspectos culturais podem estar envolvidos no processo de desmame. Momentos de incertezas como as dúvidas sobre como realizar o desmame de um filho, podem gerar insegurança, especialmente depois de um certo período de AM no qual a mulher precisou dedicar bastante esforço para estabelecer a amamentação. Nem sempre as pessoas têm habilidades ou suporte social para enfrentar essas mudanças, precisando acessar recursos culturais como aqueles disseminados em seu ambiente social. Esses recursos podem ser materiais ou simbólicos e permitem às pessoas gerenciar a experiência (ZITTOUN, 2007).

Voltar no tempo e buscar experiências anteriores para lidar com a vivência atual também são recursos interessantes para momentos de incertezas. Por meio da imaginação a pessoa recorre a sua própria história para construir novas trajetórias no aqui e agora. Ela tem um papel fundamental, pois permite expandir a experiência para o passado e para o futuro (ZITTOUN; CERCHIA, 2013). Sobre estes aspectos, algumas mulheres desta pesquisa recorreram às suas vivências anteriores de amamentação e desmame dos filhos mais velhos com o intuito de ser suporte para a construção de habilidades e para lidar com a experiência atual que está inserida em uma cultura de desmame precoce e abrupto.

7.2.3 Cultura do desmame precoce e/ou abrupto

A amamentação é inteiramente influenciada por questões sociais e culturais. A indústria do leite artificial, crenças e costumes interferem diretamente no processo de aleitamento materno e desmame. O uso de bicos artificiais, por exemplo, é bastante comum no Brasil. Até as bonecas já vem de fábrica com chupetas e mamadeiras, além desses itens fazerem parte do enxoval de muitas gestantes. Ao brincar com as bonecas, as crianças aprendem erroneamente que um bebê se alimenta com mamadeira e se acalma com chupeta. Além disso, o conhecimento sobre como amamentar um bebê, que era passado de geração em geração, foi se perdendo ao longo do tempo, especialmente com a chegada da indústria do leite artificial (GIMENEZ, 2021).

É comum profissionais de saúde indicarem fórmulas desde os primeiros dias de nascimento do bebê, passando uma mensagem equivocada de que o leite materno não é suficiente e de que há a necessidade de complementar (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2023). O desconhecimento sobre os comportamentos típicos de um bebê também faz parte da cultura

do desmame. Qualquer choro é identificado como fome e conseqüentemente entende-se que o leite materno está fraco ou insuficiente. No entanto, bebês, especialmente os recém-nascidos, choram com bastante frequência e por diversos fatores, inclusive por desconfortos com a vida fora do útero. Outro aspecto a ser considerado refere-se ao sono do bebê: há uma expectativa de que bebês durmam várias horas seguidas e quando eles acordam durante a noite para mamar, há um entendimento de que o leite materno não está atendendo às necessidades dele. Todavia, faz parte do desenvolvimento, bebês e crianças pequenas acordarem durante a noite (ROLLINS et al., 2023).

Mulheres em aleitamento materno continuado, ou seja, que amamentam seus filhos por alguns anos, são duramente criticadas por familiares, amigos, profissionais de saúde e até mesmo desconhecidos. É comum ouvirem que estão deixando a criança dependente ou sexualizada, que o leite depois dos dois anos não tem qualquer nutriente, que já que a criança come alimentos sólidos, seria desnecessário mamar, que a criança está grande demais, dentre outros comentários que evidenciam a cultura do desmame (CRUZ, 2021).

Compartilhando sobre a amamentação do seu filho em seu ambiente de estágio, Sara ouviu duras críticas de um psicólogo que trabalha com ela. Ele perguntou se ela queria criar um babaca, sinalizando que a criança já é ‘um homem’. Também afirmou que a amamentação atrapalha a ingestão de outros alimentos, pois a criança ficaria com preguiça de mastigar, já que tem o leite do peito bem disponível. Sara também se sente muito criticada pela sua família por estar amamentando uma criança de 4 anos de idade, escutou frases como *"Sara, tira esse menino do peito, esse menino com 4 anos. Mas Sara, o aleitamento materno já não resolve, é até dois anos..."*. Por um lado, ela acha que esses comentários fazem sentido, por outro, acha que ainda é válido amamentá-lo porque ele tem TEA e seletividade alimentar.

Uma psicóloga do CAPSij que acompanhava o filho de Diana a orientou a fazer o desmame com o objetivo de diminuir o apego da criança à mãe, sinalizando equivocadamente que amamentação prolongada causa dependência emocional e que o leite materno após os dois anos não teria mais nutrientes. A psicóloga ensinou Diana a deixar a criança com fome até ela aceitar outro tipo de alimentação. Desta forma, a criança passou três dias sem se alimentar, tomando apenas água, perdeu peso e ficou bastante emagrecida, até que aceitou outros alimentos. Diana estava bastante fragilizada pelo cansaço com os cuidados com o filho, especialmente devido à grande seletividade alimentar de Matias e acabou seguindo as orientações, o que gerou grande sofrimento para ambos.

Como a criança só aceitava mamar em uma das mamas, Madalena contou que, ainda na maternidade, foi orientada a tirar o leite do peito que ele não mamava e oferecê-lo na mamadeira. Essa orientação parece ter contribuído para uma confusão de bicos e posterior desmame total aos sete meses de vida da criança. Madalena contou que ainda insistiu na amamentação, no entanto, a criança chorava muito e rejeitava o peito. Referiu que ainda teve leite por mais de um ano, mesmo sem amamentar mais, chegando a molhar sua roupa.

Fernanda, quando teve febre devido a um ingurgitamento mamário, procurou a UPA e o médico a orientou a fazer o desmame e iniciar aleitamento artificial. Esses relatos mostram como a cultura do desmame está presente nas práticas profissionais trazendo informações equivocadas, impactando no tempo de aleitamento materno e ocasionando sofrimento à mulher.

Vale ressaltar que a amamentação para além do segundo ano de vida não causa danos psicológicos à criança, nem a deixa dependente, ao contrário, o desmame forçado pode gerar insegurança na criança e trazer dificuldades em seu processo de independização. Além disso, o leite materno, mesmo após os dois anos da criança, continua sendo rico em nutrientes e um aliado no fortalecimento o sistema imunológico (BRASIL 2015e).

A partir desses relatos, percebeu-se que a prática profissional dos psicólogos, no que se refere à amamentação, parece estar permeada por valores culturais, pelo senso comum e por uma supervalorização dos aspectos psicológicos, muitas vezes desconsiderando questões sociais, além de uma ignorância sobre os benefícios da amamentação. Neste estudo, foram identificadas orientações equivocadas e sem respaldo científico, guiadas por diversas crenças, principalmente de que a amamentação para além dos dois anos causaria dependência emocional na criança, o que não se confirma na literatura (BRASIL 2015e), revelando um desconhecimento dos psicólogos citados sobre os processos de aleitamento materno e desmame,

Alguns expoentes da psicologia parecem ter contribuído com essas construções acerca da amamentação. Para Maldonado (1991) a amamentação é uma importante oportunidade de envolvimento e aprofundamento afetivo, afirmando que o aleitamento materno pode proporcionar na mulher um medo de fusão ou de perda da própria identidade. E, apesar de referir que a amamentação não é um comportamento puramente instintivo, mas é permeada por diversas questões sociais e ambientais, a autora refere que grande parte do curso da amamentação será determinado por nuances intrapsíquicas. De acordo com a autora, a mulher pode apresentar sentimentos ambivalentes, sentindo dificuldades no contato íntimo com o

bebê por meio do aleitamento, mas ao mesmo tempo não se permitindo optar pelo aleitamento artificial. A partir disso, passa então a utilizar sabotadores que prejudicariam a amamentação como, por exemplo, uma pega incorreta que fissuraria os mamilos

Segundo Winnicott (1991), algumas mulheres terão dificuldades em amamentar devido aos seus próprios conflitos internos, o que pode estar relacionado à experiência vivida quando crianças. Interpretações como essas, que atravessam a Psicologia, conferem uma grande responsabilidade à mulher pela amamentação, culpabilizando-a pelo fracasso e invisibilizando outros grandes fatores que podem interferir neste processo. Estas teorias acabam favorecendo a cultura do desmame, além de participar da construção da culpa materna, atribuindo à mulher certa onipotência e pouco considerando contextos sociais e históricos a partir dos quais a maternidade e o aleitamento materno foram constituídos, desresponsabilizando homens e favorecendo o patriarcado (DAMACENO, 2021).

7.2.4 A descoberta do diagnóstico

A confirmação de um diagnóstico pode ser um momento muito delicado na vida de uma família. Inúmeros sentimentos podem fazer parte desta vivência como medo, tristeza, ansiedade, culpa, dúvidas, alívio, preocupação e incertezas quanto ao futuro. No caso do TEA, é comum que as mães tenham percebido sinais bem antes da confirmação do diagnóstico, mas isso não impede a expressão de uma avalanche de emoções quando um profissional de saúde entrega um laudo. É uma criança idealizada que se torna um filho desconhecido, evidenciando um processo de luto (SMEHA; CEZAR, 2011). É um momento de impacto que traz diversas modificações na rotina da família, nos papéis estabelecidos, além de alterações sociais e custos financeiros. É comum as mães passarem por um processo de negação (ARAÚJO et al., 2020).

Quando o filho completou um ano e meio, Clara começou a perceber diferenças no seu comportamento a partir de comentários das pessoas da família e da comunidade. Seu filho costumava enfileirar brinquedos, se agredia, batia a cabeça na parede, se mordia, se arranhava. Mas mesmo assim, ficou resistente em acreditar, considerava que esses comportamentos eram birras. Quando a médica do CAPS informou o diagnóstico, referiu bastante sofrimento *“Foi um choque pra mim, chegou em casa chorei tanto, parece que o meu mundo desabou”*. Referiu que chegou a dar umas palmadas na criança na tentativa de

corrigir os comportamentos inadequados, sem êxito. Ao receber o diagnóstico, sentiu-se muito culpada por isso.

Para Sara, a confirmação do diagnóstico foi um momento que a mobilizou muito emocionalmente. Chorou bastante, sentiu medo, mas se considera com os ‘pés no chão’. Ela mesma buscou tratamento quando percebeu alguns comportamentos diferentes. Apesar de ter ficado bastante mobilizada com o diagnóstico, sentiu-se tranquila quando o filho foi admitido no CAPS e iniciou logo um acompanhamento.

Sandra percebia alguns sinais de TEA, mas afirmava que só acreditaria se algum médico confirmasse. A criança foi acompanhada em um hospital devido a um problema na garganta. Em uma das consultas, perguntou à médica otorrinolaringologista porque seu filho, já com quase três anos, não falava, se era algo relacionado à garganta e a médica disse que possivelmente ele tinha TEA e que iria encaminhá-la para um serviço especializado. Ficou muito triste, passou dias chorando, sem querer aceitar. No entanto, depois entendeu que não poderia viver se lamentando porque não iria mudar a realidade e que precisaria lutar pelo filho, a partir daí foi em busca de acompanhamento especializado.

A confirmação do diagnóstico foi vivenciada como uma crise para as mulheres deste estudo, havendo necessidade de realizar mudanças, reajustamentos e novos direcionamentos. Para Zittoun (2009), esses eventos críticos podem gerar rupturas que vão exigir que o indivíduo construa novas competências e habilidades para passar por uma transição, saindo de uma esfera de experiência e elaborando uma nova, ou seja, um processo de mudança catalisada por uma ruptura que tem como consequência um reajuste entre o indivíduo e o ambiente e que tem impactos no desenvolvimento no curso de vida.

Após o diagnóstico, essas mulheres precisaram fazer alguns redirecionamentos em suas vidas. Algumas precisaram abandonar o trabalho. Sozinhas e com uma criança com TEA, precisaram dedicar-se exclusivamente aos filhos. Clara sempre trabalhou fora e, após o diagnóstico, decidiu ficar em casa para cuidar do filho, pois outras pessoas tinham dificuldades em manejar comportamentos agressivos da criança. Isso causou muito impacto em sua vida, pois gostava de trabalhar, sobre isso referiu “*e agora tem hora que eu penso ‘tô presa aqui’, não poder fazer mais nada, viver pra ele*”. Sara também precisou deixar o trabalho. Seu filho com autismo ficava aos cuidados de sua filha adolescente que não estava conseguindo manejar os comportamentos disruptivos do irmão. Ficou receosa de a vizinhança denunciá-la e não tinha com quem deixar o filho para poder trabalhar. Conta que sentiu muito

por ter deixado o emprego, pois gostava bastante, mas também entendeu que naquele momento precisava priorizar seus filhos.

Essas rupturas geraram bastante fragilidade nessas mulheres, sendo momentos de muito sofrimento. Exigiram reajustes na vida, produção de algo novo, desenvolvimento de novas habilidades e alterações na dinâmica de vida, como por exemplo o abandono de atividade de trabalho para se dedicar exclusivamente à criança, o que acarretava em uma necessidade de se recorrer a benefícios sociais para se garantir a subsistência. Emoções como medo, insegurança e incertezas estiveram bem presentes nesse processo. Esses eventos foram percebidos por essas mulheres como uma quebra do seu funcionamento habitual, surgindo a necessidade de se adaptar ao novo. Para Zittoun (2009), uma mudança que implica em novos direcionamentos e reposicionamento no campo social é desenvolvimentista.

Saber que o filho tem TEA trouxe impactos também nas experiências de amamentação e desmame. Diana e Sara relataram desejo de interromper a amamentação, mas se sentiam inseguras devido a seletividade alimentar da criança, pois, percebiam que o aleitamento materno fornecia o aporte nutricional necessário para a criança se desenvolver adequadamente, tendo em vista a pouca ingestão de alimentos saudáveis, comum em crianças com TEA:

Vejo a questão de ele ter a imunidade um pouco meio pra lá, meio pra cá, fico pensando, ela (uma psicóloga) disse que leite do peito não servia mais nada pra ele, só que eu vejo que quando ele mama, ele tá mamando, por mais doentinho que ele fique, não descaí tanto, aí meu medo de tirar é isso, porque às vezes... Pronto tem dias que ele come, mas tem vezes que ele passa dois, três dias e ele não quer comer absolutamente nada (Diana).

Ele precisa porque não come quase nada e eu me sinto na obrigação de cuidar dele dessa forma, assim mais a fundo. Na minha concepção, eu tô alimentando ele, tu tá entendendo? Aí às vezes eu fico fraca pra poder tirar, quebrar esse vínculo... (Sara).

Há uma predominância de comportamentos de seletividade alimentar em crianças com TEA, com baixa ingestão de alimentos saudáveis e preferência por alimentos com pouca disponibilidade de nutrientes, acarretando em deficiências nutricionais e excesso de peso. É comum que crianças com TEA apresentem comportamentos desafiadores nas refeições, relutância em aceitar novos sabores, comportamento de evitação e repertório limitado. A formação dos hábitos alimentares depende de fatores genéticos, ambientais, sociais, econômicos, psicológicos e sociais e, por mais que a seletividade alimentar possa estar presente em todas as crianças, as que possuem TEA apresentam maiores dificuldades (CARNEIRO; MOREIRA; LISBOA, 2022).

Araújo et al. (2020) identificaram em seu estudo uma preocupação importante de mães de crianças autistas com a seletividade alimentar, esforçando-se para implantar hábitos alimentares saudáveis o que se torna mais uma demanda, dentre tantas, sentindo-se sobrecarregadas. Diante desta problemática, as mães do presente estudo entendem o aleitamento materno como uma forma de compensar os comportamentos alimentares desafiadores das crianças já que o leite materno é bastante aceitável e rico em diversos nutrientes.

7.2.5 Transições no curso de vida de mães de crianças acompanhadas em um CAPSij

A maternidade de uma criança com transtornos do neurodesenvolvimento, como o TEA, pode trazer diversos impactos na vida da mulher. Muitas vezes, a mãe passa a dedicar-se integralmente ao cuidado com o filho. Relações sociais e afetivas e autocuidado são deixados em segundo plano. Para de trabalhar fora ou de exercer qualquer atividade social, devido a uma rotina de cuidados árdua, sacrificante e solitária. Seu cotidiano passa a ser moldado pelas necessidades do filho. Muitas transformações podem ser percebidas, não só no seu dia-a-dia, mas também em aspectos psicológicos: a vida passa a ser percebida a partir de uma nova perspectiva, há mudanças de valores e o mundo tem um novo significado (SMEHA; CEZAR, 2011).

Experiências que mudam trajetórias e possibilitam aprendizagens, mudanças na identidade e construção de novos sentidos são oportunidades para o desenvolvimento humano. Desde a concepção até a morte, as pessoas passam por transformações, havendo mudanças em todo o curso de vida. O desenvolvimento envolve aspectos biológicos, psicológicos, interacionais, sociais e culturais e não está circunscrito apenas a infância ou a adolescência (ZITTOUN, 2016). O ser humano se desenvolve por toda a vida a partir de experiências que causam transformações e alteram o significado de mundo. Desta forma, as mulheres deste estudo, a partir da experiência de matinar uma criança em sofrimento psíquico, a sua maioria com TEA, passaram por processos de desenvolvimento.

Diana referiu que a maternidade de Matias trouxe um impacto significativo na sua vida e que tem aprendido muito a perseverar, a ter paciência e a não desistir. Para Isabela a maternidade de Heitor possibilitou seu amadurecimento, principalmente fortalecendo-a para se posicionar diante das pessoas e do mundo e de não mais se submeter a relacionamentos

tóxicos. Sara considera que a maternidade de Arthur foi um divisor de águas na sua vida, trazendo muito amadurecimento. Apesar de já ter duas filhas, foi a maternidade de Arthur que trouxe mais transformações. Acredita que o fato de ele ter TEA contribuiu para que esta maternidade fosse diferente e trouxesse maiores impactos na sua vida: *“Depois dele, eu comecei a ver o mundo com outra visão, eu me vejo outra mulher. Com certeza, é outra mulher, me sinto mais forte”*. Após Arthur, Sara entrou na faculdade para estudar serviço social. Sandra percebe muitas mudanças em si mesma após a maternidade de Ricardo, referindo que era uma mulher muito agressiva, bruta e que se envolvia em muitas brigas: *“Mudou meu jeito de ser como me mudou completamente, mudou completamente”*.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo investigar sobre processos de rupturas e transições no curso de vida de mães de crianças acompanhadas em um CAPSij a partir de suas experiências de aleitamento materno e desmame, buscando compreender como esses eventos foram percebidos por elas e como impactaram no desenvolvimento humano. Foram entrevistadas oito mulheres (sendo sete mães de crianças com diagnóstico de TEA) que acompanhavam seus filhos no CAPS. A partir da análise fenomenológica dos dados das entrevistas, foram identificadas cinco unidades de significado: 1) Dificuldades experienciadas na amamentação; 2) A experiência solitária do desmame; 3) Cultura do desmame precoce e/ou abrupto; 4) A descoberta do diagnóstico; 5) Transições no curso de vida de mães de crianças acompanhadas em um CAPSij.

As mulheres entrevistadas relataram diversos desafios em suas experiências de amamentação como a inexistência ou a fragilidade da rede de apoio e dificuldades em acessar a rede de saúde do SUS. Quando a rede de apoio existia, ela era composta por outras mulheres, havendo uma grande ausência do genitor nesse processo. Ao longo da história da maternidade, cuidados domésticos e com os filhos foram transformados em funções naturalmente femininas. Devoção e sacrifício fazem parte de um sistema de ideias que mantém a mulher focada nessas questões e que sinaliza que as mulheres sentiriam realização pessoal e felicidade por cumprirem seu ‘propósito de vida’, como se elas tivessem uma ‘nobre função’ para a qual foram determinadas biologicamente. No entanto, o que, na verdade, resultou disso tudo foram mulheres sobrecarregas e solitárias nos cuidados com os filhos, com um alto nível de estresse e ausência do suporte do pai da criança, como foi bastante observado neste estudo.

As experiências de amamentação das entrevistadas sofreram influências de contextos sociais e culturais, mas, ao mesmo tempo, cada mulher apresentou vivências singulares, construindo trajetórias únicas, possibilitando aprendizagens e mudanças, havendo repercussões no desenvolvimento. Algumas mães já haviam amamentado outros filhos, mas consideraram que amamentar o filho acompanhado no CAPSij foi/é uma experiência única, singular e diferente das vivências anteriores, necessitando a construção de novas habilidades para gerenciar esta esfera de experiência.

A experiência do desmame foi vivenciada de forma muito solitária e intuitiva, havendo carência de orientações adequadas por profissionais de saúde ou de pessoas da rede social da mulher, que recorreram a métodos baseados em costumes e/ou a um desmame abrupto, que ocasionava sofrimento às crianças, sendo um momento de desamparo para essas mães. A seletividade alimentar gerava bastante insegurança nas mães que desejavam realizar o desmame, pois tinham o receio de suspender um dos poucos alimentos saudáveis que as crianças aceitavam. O uso de bicos artificiais também foi identificado nessa pesquisa como um possível facilitador do desmame precoce. Estes elementos demonstraram o quanto que aspectos culturais e sociais estiveram envolvidos no processo de desmame.

Algumas mulheres deste estudo deixaram de trabalhar para poder garantir a amamentação, principalmente devido à seletividade alimentar da criança, que tinha maior aceitabilidade do leite materno. Abandonar a amamentação e passar a utilizar aleitamento artificial não é uma escolha genuína se a mulher precisar optar entre trabalhar e amamentar. Desta forma, a carga de trabalho feminino precisa ser reconhecida, diminuída e redistribuída para permitir o aleitamento materno. Sendo assim, o aleitamento materno não pode ser uma responsabilidade exclusiva da mulher, mas sim coletiva, sendo importantes abordagens sociais que considerem as desigualdades de gênero.

A cultura de desmame precoce e/ou abrupto esteve presente nas poucas orientações realizadas por profissionais da psicologia. Declarações como ‘a criança já é um homem’, ‘você quer criar um babaca’ ou que o leite materno não teria mais nutrientes após os dois anos de idade da criança, além de orientações para deixar a criança com fome, fizeram parte das orientações de psicólogos que cruzaram o caminho dessas mães durante a fase do aleitamento materno, trazendo um aspecto de verdade científica pelo lugar que ocupam, proporcionado que as entrevistadas confiassem nas informações recebidas. É importante ressaltar que essas condutas são inadmissíveis, não estão respaldadas na ciência psicológica e devem ser combatidas. Estes aspectos mostram a importância de se ampliar o debate sobre a atuação do psicólogo na assistência ao aleitamento materno.

A amamentação é prejudicada por políticas públicas modestas e acanhadas que ignoram o valor do trabalho de cuidado das mulheres e que pouco protegem a maternidade. Esse baixo reconhecimento da amamentação como trabalho de cuidado não remunerado é um fator que sustenta o crescimento das indústrias de fórmulas lácteas e gera desigualdade de gênero, ao mesmo tempo em que promove uma dependência das fórmulas infantis, causando perda de renda familiar. A mulher que amamenta precisa ser vista como produtora de

alimento sustentável, de excelente qualidade, contribuindo para a segurança alimentar do planeta.

Comportamentos atípicos dos bebês foram identificados por algumas entrevistadas, principalmente relacionados a um sono irregular, agitação, choro constante e ausência de contato visual. Estes sinais foram percebidos pelas mães como primeiros indícios de autismo que, apesar de se apresentarem precocemente, houve uma ausência na sua identificação nos atendimentos em saúde, seja pela dificuldade de acesso à rede, seja por profissionais que não se preocuparam em investigar esses aspectos.

Cuidar de crianças com TEA é algo que pode exigir muito da mulher devido à intensa rotina de cuidados como acompanhar as crianças nos atendimentos especializados, organização da alimentação devido à seletividade alimentar, dificuldade de sair com a criança em virtude dos comportamentos disruptivos que são comuns fora do ambiente doméstico etc. Nesta pesquisa foram observados um suporte social escasso e abandono paterno, além de uma dedicação integral da mulher, provocando mudanças significativas em sua rotina e projetos pessoais, sensação de desamparo, alterações na dinâmica familiar, abdicação da vida profissional e até mesmo adoecimento psíquico. Estes aspectos refletem a necessidade de políticas públicas que garantam empregabilidade, redução de carga horária e creches no ambiente de trabalho, a fim de se garantir o aleitamento materno e que as mulheres possam se manter no mercado trabalho, além de uma melhor assistência a mães de crianças com TEA, uma vez que a frequência e consistência dos tratamentos dessas crianças implica necessariamente em uma maior disponibilidade de tempo dessas mulheres para o cuidado.

A amamentação combate a insegurança alimentar que pode ser ainda mais agravante em crianças com TEA com quadros de seletividade alimentar. É um fator de promoção de saúde física e mental, favorece identificação precoce de sinais e sintomas do TEA, além de ser um fator de proteção social, reduzindo os custos com a alimentação artificial. No entanto, o mercado de trabalho não tem dialogado com essas questões: licença maternidade de apenas quatro meses, quando as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde é de aleitamento materno exclusivo por seis meses, ausência de creches no local de trabalho que favoreçam a mulher a amamentar nos intervalos, jornadas de trabalho longas e exaustivas que contribuem para diminuição da produção de leite etc. Na presente pesquisa, a maioria das mulheres que amamentaram por mais tempo, não possuíam emprego formal, demonstrando que no atual cenário brasileiro há uma incompatibilidade entre amamentação e trabalho, tornando a

amamentação um ato de resistência, pois diversos fatores sociais e culturais fragilizam este processo.

A confirmação do diagnóstico de TEA repercutiu em emoções como medo, tristeza, alívio, culpa, preocupação e incertezas nas mulheres entrevistadas. É uma criança idealizada que se tornou um filho desconhecido. Expressões como “foi um choque”, “meu mundo desabou”, aliadas a um choro intenso indicam que esse momento foi vivenciado como uma ruptura no curso de vida, possibilitando uma transição para uma nova esfera de experiência agora como mãe de uma criança com autismo, reajustando a vida, se adaptando ao novo, o que trouxe impactos no desenvolvimento.

A vivência da maternidade de crianças com TEA proporcionou mudanças de valores, uma nova percepção da vida, alterações na identidade e construção de novos sentidos, sendo identificada como um divisor de águas e provocadora de amadurecimento. Estes aspectos repercutiram em mudanças na forma de ver o mundo e no jeito de ser dessas mulheres. Nos diversos relatos foi possível identificar teorias propostas por Tânia Zittoun, principal referencial teórico desta pesquisa, sobretudo sobre como as experiências causaram modificações no desenvolvimento, alterando o curso de vida, transformando as pessoas, tornando-as diferentes.

A utilização de um roteiro de entrevista semiestruturado proporcionou que as mulheres pudessem falar livremente sobre as temáticas abordadas nesta pesquisa e, ao mesmo tempo, foi possível direcionar perguntas ao objetivo do estudo. Algumas questões contidas no roteiro sobre ‘maternidade atípica’ não foram abordadas ao longo deste texto, pois não fizeram sentido para as mulheres entrevistadas. A maioria das mães não compreendiam o significado desta expressão e aquelas que entendiam, não se identificavam como mães atípicas, mostrando que essa expressão não faz parte da vida cotidiana delas. Utilizar a perspectiva fenomenológica para analisar os dados foi imprescindível para capturar a experiência pelo olhar da mulher, compreendendo os significados que elas conferiam às suas vivências. A partir deste procedimento metodológico, as experiências puderam ser analisadas de maneira singular e transversal.

Como limitação deste estudo tem-se a escassez de dados sobre amamentação e desmame nas anamneses dos prontuários das crianças no CAPS. Apesar de haver uma pergunta específica sobre o tema nesses questionários, ocorreu com bastante frequência de perguntas relacionadas a fase do aleitamento materno estarem em branco, sinalizando talvez

que a família não foi perguntada sobre o assunto e/ou que o entrevistador não deu a devida importância a estes eventos.

Esta pesquisa trouxe elementos muito interessantes sobre as vivências da maternidade, da amamentação e do desmame a partir do olhar da mulher, dando visibilidade às suas angústias, inseguranças, sofrimentos e esforços, buscando entender como estes eventos acontecem/aconteceram sob a ótica da mulher, sem haver uma grande preocupação sobre o que motivou o desmame ou o que dificultou a amamentação, mas principalmente sobre como essas mulheres vivenciaram essas experiências e como isso impactou no desenvolvimento delas.

Além disso, o desmame é um campo pouco abordado pelas políticas públicas e escassamente estudado na área da saúde, mas foi amplamente abordado nesta pesquisa. É importante haver mais pesquisas que escutem mulheres sobre este processo, ouvindo seus sofrimentos, dores, dificuldades e significados que elas dão para a vivência de nutrir um filho com o seu próprio corpo, pois, não é comum estudos buscarem compreender essas experiências a partir do olhar da mulher que amamenta. Para além de se investigar os motivos do desmame, a ênfase precisa estar nesses relatos.

Apesar de o leite materno ser de grande relevância para a saúde infantil, a promoção do aleitamento materno no Brasil ainda carece de um olhar mais atento à percepção dessas experiências pela mulher, pouco considerando o quanto a amamentação é influenciada por questões sociais, culturais e econômicas. Esta pesquisa pôde oferecer subsídios para um melhor planejamento de ações de promoção e apoio ao aleitamento materno, levando-se em consideração as narrativas das mães, promovendo assim a autonomia feminina ao valorizar a experiência da mulher na amamentação e no desmame.

Não amamentar pode trazer impactos negativos na vida de muitas famílias, especialmente nas mais vulneráveis, pois precisarão gastar com leite artificial, mamadeiras e etc, além de custos do adoecimento do bebê que, sem a proteção imunológica do leite materno, tem mais chances de precisar acessar a rede de saúde. Não é de interesse do capitalismo, especialmente das indústrias de produtos lácteos, que a mulher amamente. Estudar o aleitamento materno e seu desmame é ir de encontro a essa lógica, é uma oportunidade para inspirar políticas públicas que fortaleçam as práticas de aleitamento materno, considerando as dimensões políticas, sociais e econômicas que atravessam essas experiências. É preciso considerar que amamentação salva vidas, diminui a pobreza e favorece o desenvolvimento infantil especialmente em famílias mais pobres. Sendo assim,

esta pesquisa traz contribuições relevantes para a saúde pública, mas especificamente para a saúde mental e a saúde materno-infantil, considerando que a amamentação é um tema intersetorial e transversal, possuindo aspectos psicológicos, biológicos, históricos, sociais, dentre outros.

REFERÊNCIAS

- ABREU. **O que é neurodiversidade? (livro eletrônico)**. Goiana: Cãnone Editorial, 2022.
- ALMEIDA, J. A. G. DE; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v. 80, p. 119–125, nov. 2004.
- ALVARENGA, S. C. et al. Fatores que influenciam o desmame precoce. **Aquichan**, v. 17, n. 1, p. 93–103, jan. 2017.
- APA – Associação Americana de Psiquiatria. **DSM-V: Manual Diagnóstico e estatístico de transtorno mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARAÚJO et al. Cuidar de crianças autistas: experiências de familiares. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 2, p. e2138, fev. 2020.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BAKER, P. et al. The political economy of infant and young child feeding: confronting corporate power, overcoming structural barriers, and accelerating progress. **The Lancet**, v. 401, n. 10375, p. 503–524, fev. 2023.
- BATISTA, M. R. et al. Orientações de profissionais da saúde sobre aleitamento materno: o olhar das puérperas. **J Nurs Health**. v. 7, n. 1, p. 25-37, 2017.
- BERNARDES, R.; LOURES, A. F.; ANDRADE, B. B. S. A romantização da maternidade e a culpabilização da mulher. **Revista Mosaico**, v. 10, n. 2, p. 68–75, jul/dez. 2019.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Em Tese**, v. 2, n. 1, p. 68–80, jan. 2005.
- BORTOLI, C. DE F. C. D.; POPLASKI, J. F.; BALOTIN, P. R. A amamentação na voz de puérperas primíparas. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 3, nov. 2019.
- BOWLBY, J. **Uma base segura. Aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mulher_trabalhadora_amamenta.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática, **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação.** Brasília: Ministério da Saúde 2015d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Cadernos de atenção básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar - 2. ed.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015e. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf.

BRASIL. Lei N. 13438, de 26 de abril de 2017. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança - Menino.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf.

BRASIL, M. V.; COSTA, A. B. Psicanálise, feminismo e os caminhos para a maternidade: diálogos possíveis? **Psicologia Clínica**, v. 30, n. 3, p. 427–446, dez. 2018.

CARNEIRO, A. C. DA S.; MOREIRA, E. S.; LISBOA, C. S. Hábitos e comportamentos alimentares de crianças com Transtorno do Espectro Autista: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, p. e37211830976, jun. 2022.

CORREIA, C. C. G.; MORAIS, E. R. C. DE; PEDROSA, M. I. Rupturas e transformações na idade adulta: a hemodiálise e a cirurgia bariátrica como pontos de viragem no curso de vida. Em: **Interação social e desenvolvimento humano. Interfaces entre a psicologia do desenvolvimento e a psicologia social.** Recife: UFPE, 2019.

COSTA, S. et al. A prática do aleitamento materno na percepção de mulheres primigestas. **Vivências**, v. 15, n. 29, p. 289–310, out. 2019.

CRUZ, N. M. **Finalizando o ciclo da amamentação: vivências maternas e a prática da educação em saúde no processo do desmame.** 2021. 152f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié-BA.

DAMACENO, N. S. As Representações Sociais da Maternidade e o Mito do Amor Materno. **Perspectivas em Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 199-124, jan/jun 2021.

DOOLEY, L. J. **Maternal Experiences Breastfeeding Infants Later Diagnosed with Autism: A Qualitative Approach.** Master of Science Ames: Iowa State University, Digital Repository, 2017.

FARIA-SCHÜTZER, D. B. DE et al. Seven steps for qualitative treatment in health research: the Clinical-Qualitative Content Analysis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 265–274, jan. 2021.

FÉLIX, L. B.; SANTOS, M. DE F. DE S.; ALÉSSIO, R. L. DOS S. O cuidado é dobrado: Maternar no contexto da atenção psicossocial. **Revista do NUFEN**, v. 12, n. 3, p. 154–175, dez. 2020.

FREIRE, E. A. DE L. et al. Fatores associados ao desmame precoce no contexto brasileiro: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 1343–1355, jan. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIMENEZ, G. **Amamentação, infância e cultura do desmame precoce.** Aleitamento.com. Disponível em: <<https://aleitamento.com.br/secoes/amamentacao/amamentacao-infancia-e-cultura-do-desmame-precoce/5504/>>. Acesso em: 17 abr. 2024.

GIORDANI, R. C. F. et al. Maternidade e amamentação: identidade, corpo e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, v. 8, p. 2731–2739, 2018.

Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde. 1a. ed. Brasília, DF: Editora MS, 2004.

GUEST, G.; BUNCE, A.; JOHNSON, L. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. **Field Methods**, v. 18, n. 1, p. 59–82, fev. 2006.

HOMERCHER, B. M. et al. Observação Materna: Primeiros Sinais do Transtorno do Espectro Autista Maternal. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 540–558, jul. 2020.

IBGE. Cidades e estados - Panorama - Jaboaão dos Guararapes. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/jaboatao-dos-guararapes/panorama>; Acesso em: 19 julho 2022.

KALIL, I. R. **De silêncio e som. A produção de sentidos nos discursos oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno brasileiros.** 2020. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Rio de Janeiro - RJ.

KALIL, I. R.; AGUIAR, A. C. DE. Aquilo que a amamentação retira e o desmame restaura: relatos maternos sobre tensionamentos e materiais de comunicação e informação em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 15, n. 3, p. 597-613, jul.-set. 2021.

KLINGER, E. F. et al. Dinâmica familiar e redes de apoio no Transtorno do Espectro Autista. *Amazônia: Science & Health*, v. 8, n. 1, p. 123–137, mar. 2020.

KROL, K. M.; GROSSMANN, T. Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. v. 61, n. 8, p. 977–985, ago. 2018.

LARANGEIRA, J. P.; NAKAMURA, E. “Porque eu tinha que cuidar”: significados de cuidado para mulheres cuidadoras de crianças atendidas por um serviço de Saúde Mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, p. e220438, nov. 2023.

LOPES, B. A. A culpabilização de mães de autistas ao longo das décadas de 1940 a 1960. **Revista Territórios e Fronteiras**, v. 14, n. 1, p. 178–194, out. 2021.

LOPES, H. B. et al. Transtorno do Espectro Autista: ressonâncias emocionais e ressignificação da relação mãe-filho. **Revista Cereus**, v. 11, n. 2, p. 48–61, ago. 2019.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

MINAYO, M. C. DE S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 237–248, set. 1993.

MOURA, S. M. S. R. DE; ARAÚJO, M. DE F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, p. 44–55, mar. 2004.

NASCIMENTO, Y. C. M. L. et al. Transtorno do espectro autista: detecção precoce pelo enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 23 maio 2018.

PEDRO, C. C. L.; TORIYAMA, A. T. M. A influência da amamentação no desenvolvimento emocional infantil: percepções maternas. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v. 18, n. 2, p. 103–108, jul. 2019.

PEIXOTO, L. O. et al. “Leite materno é importante”: o que pensam as nutrizes de Fortaleza sobre amamentação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, p. 157–164, mar. 2019.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. et al. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. **The Lancet**, v. 401, n. 10375, p. 472–485, fev. 2023.

RÊGO, F. S. et al. Desmame precoce: fatores associados e percepção das nutrizes. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 9, n. 28, p. 74–82, dez. 2019.

RIBAS, A. F. P.; SEIDL DE MOURA, M. L. Responsividade materna e teoria do apego: uma discussão crítica do papel de estudos transculturais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 3, p. 315–322, 2004.

RIBEIRO, L. C. M.; MORAIS, E. R. C. DE; ALÉSSIO, R. L. DOS S. Processos de transição em adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 1–19, jul. 2022.

ROLLINS, N. et al. Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science, and policy. **The Lancet**, v. 401, n. 10375, p. 486–502, fev. 2023.

ROSA, A.; VALSINER, J. (EDS.). **The Cambridge Handbook of Sociocultural Psychology**. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2018.

SALES, C.; CASTANHA, A.; ALÉSSIO, R. Aleitamento materno: representações sociais de mães em um Distrito Sanitário da cidade do Recife. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 1, p. 184–199, 2017.

SANTOS, N. N. B. DOS et al. Percepção materna sobre aleitamento: importância e fatores que influenciam o desmame precoce. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 10, n. 2, maio 2022.

SANTOS, S. P. DOS; SOUZA, L. M. S. DE; SANTANA, J. DA M. Vivências relacionadas ao aleitamento materno e sua interrupção precoce: estudo qualitativo com nutrizes. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 93–111, 2020.

SBP. **Rede de Apoio faz diferença no aleitamento materno? SBP**. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/nutricao/rede-de-apoio-faz-diferenca-no-aleitamento-materno/>>. Acesso em: 30 mar. 2024.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, p. 137–150, 2001.

SIQUEIRA, F. P. C. **O significado da amamentação na construção da relação mãe e filho: um estudo interacionista simbólico**. Tese (Doutorado). Programa Interunidades de Doutorado de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo, jul. 2012.

SMEHA, L. N.; CEZAR, P. K. A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo. **Psicologia em Estudo**, v. 16, p. 43–50, mar. 2011.

SMS/PMJG. **Nota Técnica CSM/SMS/PMJG N. 04-2024. Perfil e Funcionamento dos CAPS do município do Jaboatão dos Guararapes-PE**, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Amamentação: a base da vida. Documento Científico de Aleitamento Materno**. SBP, 2018.

SOKE, G. N. et al. Association Between Breastfeeding Initiation and Duration and Autism Spectrum Disorder in Preschool Children Enrolled in the Study to Explore Early Development. **Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research**, v. 12, n. 5, p. 816–829, maio 2019.

TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; GIANÓRDOLI-NASCIMENTO, I. F. Organização e Interpretação de Entrevistas: Uma Proposta de Procedimento a Partir da

Perspectiva Fenomenológica. Em: **Lógicas metodológicas: trajetos de pesquisa em Psicologia**. Vitória - ES: GM Gráfica Editora, 2007.

UFRJ. **ALEITAMENTO MATERNO Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos. ENANI-2019.** , 2021. Disponível em: <<https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorio-4-aleitamento-materno/>>. Acesso em: 26 fev. 2023

WAGNER, L. P. B. et al. Fortalecedores e fragilizadores da amamentação na ótica da nutriz e de sua família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03563, maio 2020.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo**. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1991.

WINNICOTT, D. W.; CAMARGO, J. L.; PATTO, M. H. S. **Os bebês e suas mães**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ZANELLO, V. Dispositivo materno e processos de subjetivação: desafios para a Psicologia. Em **Aborto e (Não) Desejo de Maternidade(s): questões para a Psicologia**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2016.

ZITTOUN, T. et al. The Use of Symbolic Resources in Developmental Transitions. **Culture & Psychology**, v. 9, n. 4, p. 415–448, 1 dez. 2003.

ZITTOUN, T. The Role of Symbolic Resources in Human Lives. Em: ROSA, A.; VALSINER, J. (Eds.). **The Cambridge Handbook of Sociocultural Psychology**. Cambridge Handbooks in Psychology. Cambridge: Cambridge University Press, p. 343–361, 2007.

ZITTOUN, T. Learning through transitions: The role of institutions. **European Journal of Psychology of Education**, v. 23, n. 2, p. 165–181, jun. 2008.

ZITTOUN, T. Dynamics of Life-Course Transitions: A Methodological Reflection. Em: VALSINER, J. et al. (Eds.). **Dynamic Process Methodology in the Social and Developmental Sciences**. New York, NY: Springer US, p. 405–430, 2009.

ZITTOUN, T. Life-course: A socio-cultural perspective. Em: **The Oxford handbook of culture and psychology**. Oxford library of psychology. New York, NY, US: Oxford University Press, p. 513–535. 2012.

ZITTOUN, T. Imagining one's life: imagination, transitions and developmental trajectories. Em: **A psicologia e os desafios do mundo contemporâneo**. Universidade Federal da Bahia (UFBA), p. 127–153, 2015.

ZITTOUN, T. A socialcultural psychology of the life-course. **Social Psychological Review**, v. 18, n. 1, p. 6–17, 2016.

ZITTOUN, T.; CERCHIA, F. Imagination as Expansion of Experience. **Integrative Psychological and Behavioral Science**, v. 47, n. 3, p. 305–324, set. 2013.

ZITTOUN, T.; GILLESPIE, A. Internalization: How culture becomes mind. **Culture & Psychology**, v. 21, n. 4, p. 477–491, dez. 2015.

ZITTOUN, T.; GILLESPIE, A.; CORNISH, F. Fragmentation or Differentiation: Questioning the Crisis in Psychology. **Integrative Psychological and Behavioral Science**, v. 43, n. 2, p. 104–115, 1 jun. 2009.

ZITTOUN, T.; MIRZA, N. M.; PERRET-CLERMONT, A.-N. Quando a cultura é considerada nas pesquisas em psicologia do desenvolvimento. **Educar em Revista**, n. 30, p. 65–76, 2007.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Orientação sexual: _____

Estado Civil: _____ Raça: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Nível socioeconômico: _____

Quantidade de filhos e idades: _____

Quantos e quais filhos com necessidade especial em saúde: _____

Tempo de acompanhamento da criança no CAPSij: _____

Diagnóstico ou hipótese diagnóstica da criança: _____

Quando a mãe teve conhecimento do diagnóstico: _____

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Você poderia me contar como foi a sua experiência de amamentação do seu filho?
2. Gostaria que você falasse sobre como se sentia ao amamentar seu(sua) filho(a).
3. O que te ajudou ao longo da amamentação? Você teve rede de apoio?
4. Algum profissional te deu informações sobre amamentação?
5. Você procurou se informar sobre amamentação? Com quem? Onde?
6. Você teve alguma dificuldade ao amamentar?
7. O que você acredita ter sido o maior desafio nesse processo?
8. O que levou você a decidir pela amamentação de seu(sua) filho(a)?
9. Você tinha alguma expectativa sobre a amamentação do seu filho?
10. Por quanto tempo seu filho foi amamentado (AME? Livre demanda)?
11. Durante a amamentação, você já tinha conhecimento de que seu(sua) filho(a) tinha o diagnóstico ou a hipótese diagnóstica de _____ (fazer referência ao diagnóstico ou à hipótese diagnóstica referido/a no prontuário)?
12. Em que momento você passou a oferecer outros alimentos?
13. Seu filho fez uso de bicos artificiais?
14. Você poderia me contar como foi o desmame de seu(sua) filho(a)?
15. Alguém te aconselhou sobre desmame? Você recebeu informação de algum profissional?
16. Algo mudou na sua vida após o desmame?
17. Algo mudou na forma como você cuidava de seu(sua) filho(a) após o desmame?
18. Algo mudou na sua relação com seu(sua) filho(a) após o desmame?
19. Você sente que aprendeu algo com esse processo?
20. Você já ouviu falar sobre a expressão “criança atípica”? Se sim, você poderia explicar o que você entende por isso? Você considera que seu(sua) filho(a) é uma criança atípica?
21. Você já ouviu falar sobre a expressão “mãe atípica”? Se sim, você poderia explicar o que você entende por isso? Você se considera uma mãe atípica?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(para maiores de 18 anos)

Convidamos você para participar como voluntária da pesquisa *O desmame na maternidade atípica: rupturas e transições*, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Kaasy Mary Cavalcanti, residente em Av. Dr. José Rufino, 3843, Edifício Maria Rodrigues, Apartamento 1201, Barro, Recife-PE, CEP: 50780-300, telefone (81) 99690-9330, e-mail: kaasy.cavalcanti@ufpe.br e está sob a orientação de Renata Lira dos Santos Aléssio, telefone (81) 99998-3366, e-mail: renata.lsantos@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- **Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação:** esta pesquisa está sendo desenvolvida com o objetivo de conhecer os significados sobre a experiência de amamentação e desmame para mães de crianças atípicas. Contará com uma única etapa na coleta de dados que será a aplicação de um questionário sociodemográfico e uma entrevista com perguntas sobre a sua experiência de aleitamento materno e desmame do(a) seu(sua) filho(a) acompanhado(a) no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Padre Roma, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE. A coleta de dados será realizada no próprio CAPSij Padre Roma, de forma presencial, individualmente, um único momento, com duração de aproximadamente uma hora e agendada previamente. Você precisará apenas responder às perguntas que serão

realizadas pela pesquisadora, se se sentir confortável para respondê-las, não havendo respostas certas ou erradas, pois esta pesquisa é sobre a sua experiência pessoal. Será importante a gravação em áudio para posterior transcrição. Sua identificação ficará em sigilo e apenas a pesquisadora ou futuros pesquisadores que se interessem por esses dados, terão acesso, não podendo divulgar seus dados pessoais.

- **Riscos:** você poderá sentir algum desconforto emocional ao responder às perguntas da pesquisadora, pois falar sobre as experiências de aleitamento materno e desmame pode ocasionar diversas emoções como angústia, ansiedade e culpa, por exemplo. Caso isso aconteça, podemos pausar a entrevista até que você se sinta confortável para continuar. Também será disponibilizado atendimento com algum profissional de saúde mental do próprio CAPSij, para acolhimento, caso necessite. No entanto, você é livre para desistir da sua participação a qualquer momento, não havendo qualquer prejuízo para você.
- **Benefícios:** esta pesquisa não propõe benefícios diretos a você, no entanto, pode se tornar um espaço de escuta e ressignificação sobre a sua experiência de aleitamento materno e desmame. O presente estudo pode contribuir significativamente para o desenvolvimento de conhecimento científico sobre aleitamento materno, desmame e maternidade atípica, auxiliando em proposições sobre conduta profissional e políticas públicas voltadas a este público.

Esclarecemos que você tem plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte da pesquisadora. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo sua identificação, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações em áudio das entrevistas e suas transcrições) ficarão armazenados em um *Hard Disk* (HD) externo pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora principal, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação nesta pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo *O desmame na maternidade atípica: rupturas e transições*, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

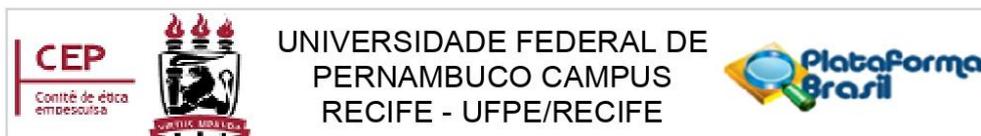
Local e data: _____

Assinatura do participante: _____

Impressão digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite da voluntária em participar. Dados das testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores:

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O desmame na maternidade atípica: rupturas e transições

Pesquisador: KAASY MARY CAVALCANTI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69838323.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

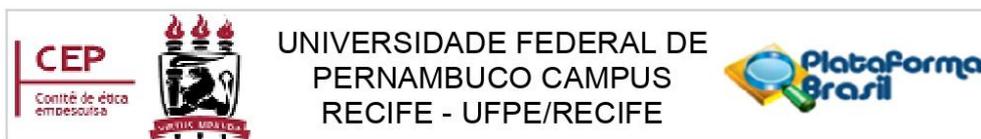
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.280.701

Apresentação do Projeto:

O projeto "O desmame na maternidade atípica: Rupturas e Transições" trata-se de pesquisa na Pós-Graduação em Psicologia, realizado pela mestranda Kaasy Mary Cavalcanti, orientado pela professora Renata Lira dos Santos Aléssio. O estudo visa compreender as possíveis mudanças percebidas por mães de crianças atípicas a partir de suas experiências de amamentação e desmame, tendo como hipóteses que (1) a experiência do desmame pode ser vivenciada como uma ruptura para mães de crianças atípicas, ocasionando uma transição para uma nova forma de matinar sem a presença da amamentação; e (2), que a partir desta ruptura, segundo a autora, a mulher precisaria construir novas formas de cuidado e comunicação com seu filho, atribuindo um novo significado à maternidade, havendo impactos em sua identidade como mãe. O local em que a coleta de dados da pesquisa será realizada é no CAPSij Padre Roma, localizado no bairro de Vila Dois Carneiros, município de Jaboatão dos Guararapes-PE. Como critérios de inclusão, tem-se mães adultas que acompanham seus filhos admitidos em um CAPSij: mães pertencentes a qualquer nível socioeconômico, classe social, profissão, raça/cor, religião, escolaridade e orientação sexual. A pesquisa inclui mulheres que amamentaram seus filhos, de até seis anos de idade, por pelo menos quatro meses (de forma exclusiva ou não). A criança pode ter qualquer diagnóstico ou hipótese diagnóstica. Como critérios de exclusão, enquadram-se mulheres nas quais seus filhos não estejam admitidos no CAPSij no momento da entrevista, por mais que tenham sido acolhidos ou

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.280.701

atendidos no serviço. A pesquisa é de cunho qualitativo em formato descritivo. Usará como instrumentos de coleta de dados um questionário sociodemográfico e uma entrevista semiestruturada (ambos anexados ao projeto apresentado ao CEP). A análise dos dados será por Análise Temática (AT), conforme proposta por Braun e Clark (2006). Os dados coletados por meio das entrevistas (gravações em áudio e transcrições) ficarão armazenados em um Hard Disk (HD) externo pessoal, sob os cuidados da pesquisadora responsável.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

- Investigar sobre possíveis rupturas e transições no curso de vida de mães de crianças atípicas a partir de suas experiências de aleitamento materno e desmame.

Específicos

- Compreender a experiência de aleitamento materno na maternidade atípica;
- Aprender a experiência do desmame na maternidade atípica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

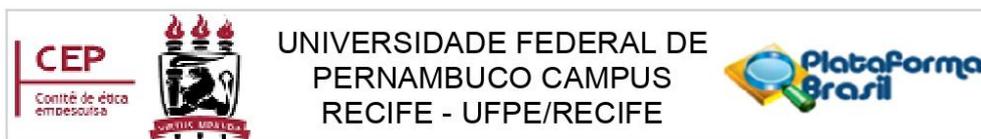
“Falar sobre as experiências de aleitamento materno e desmame podem repercutir em diversas emoções. Sendo assim, caso alguma mulher apresente angústia, culpa, ansiedade, dentre outros, haverá uma pausa da entrevista e como proposição para mitigar os riscos da pesquisa, será realizado um acolhimento àquela mulher, indicando principalmente que amamentar não envolve apenas seu desejo e vontade, mas todo um suporte social e orientações adequadas, dentre outros fatores. Caso a mulher se sinta desconfortável para continuar a entrevista, esta será finalizada. Também é possível contar com a equipe multiprofissional do CAPSij que, diariamente, possui uma técnica em saúde mental na referência para realizar escuta e acolhimento à demanda espontânea e aos usuários e seus familiares que buscam o serviço”.

Comentário: em conformidade com exigências do CEP

Benefícios:

“Esta pesquisa não propõe benefícios diretos às participantes, no entanto, pode se tornar um espaço de escuta e ressignificação da experiência de aleitamento materno e desmame para as mulheres entrevistadas. O presente estudo pode contribuir significativamente para o desenvolvimento de conhecimento científico sobre aleitamento materno, desmame e maternidade atípica, auxiliando em proposições sobre conduta profissional e políticas públicas voltadas a este público”.

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.280.701

Comentário: em conformidade com exigências do CEP

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Destaco o quanto é relevante e significativo explorar o desmame em contextos de maternidade atípica. A pesquisa aborda uma área pouco explorada, mas de extrema importância para entender as experiências e desafios das mães em situações específicas. A abordagem metodológica parece se ajustar à intensão de uma compreensão aprofundada do tema e das experiências das mães envolvidas. Certamente, os resultados e as conclusões do estudo podem contribuir para a área da psicologia, saúde materna e saúde infanto-juvenil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto – em conformidade

Cartas de anuência – em conformidade

Lattes orientadora – em conformidade

Lattes orientanda – em conformidade

TCLE 18+ – em conformidade

Projeto completo – em conformidade

Termo de confidencialidade – em conformidade

Declaração de vínculo – em conformidade

Outros documentos anexados: cronograma, entrevista, orçamento e questionário – em conformidade.

Recomendações:

Sem Recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

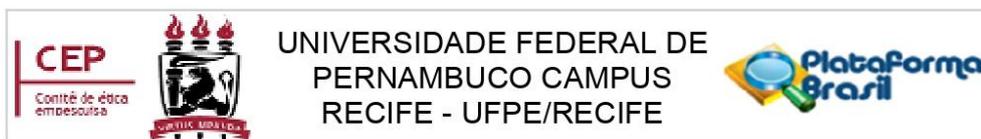
Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.280.701

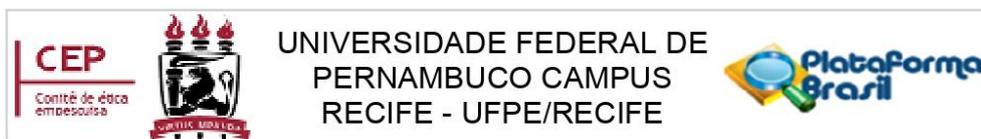
COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2141016.pdf	06/08/2023 09:12:42		Aceito
Outros	Cartaresposta.pdf	06/08/2023 09:11:34	KAASY MARY CAVALCANTI	Aceito
Outros	Cartaanuencia_usodados.pdf	06/08/2023 09:11:13	KAASY MARY CAVALCANTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.docx	22/05/2023 11:17:31	KAASY MARY CAVALCANTI	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto1.pdf	20/05/2023 11:50:15	KAASY MARY CAVALCANTI	Aceito
Outros	declaracaovinculo.pdf	20/05/2023 08:23:44	KAASY MARY CAVALCANTI	Aceito
Outros	Entrevista.docx	20/05/2023 08:14:39	KAASY MARY CAVALCANTI	Aceito
Outros	Confidencialidade.docx	20/05/2023 08:14:02	KAASY MARY CAVALCANTI	Aceito
Outros	Questionario.docx	20/05/2023 08:12:57	KAASY MARY CAVALCANTI	Aceito
Outros	LattesRenata.pdf	20/05/2023 08:12:17	KAASY MARY CAVALCANTI	Aceito
Outros	LattesKaasy.pdf	20/05/2023 08:11:47	KAASY MARY CAVALCANTI	Aceito
Outros	AnuenciaJB.pdf	20/05/2023 08:09:59	KAASY MARY CAVALCANTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/05/2023 08:08:45	KAASY MARY CAVALCANTI	Aceito

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.280.701

Orçamento	Orcamento.docx	20/05/2023 08:07:37	KAASY MARY CAVALCANTI	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	20/05/2023 08:06:11	KAASY MARY CAVALCANTI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 04 de Setembro de 2023

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO SUS
GERÊNCIA DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Anuência 34/2023

Jaboatão dos Guararapes, 24 de abril de 2023.

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo a pesquisadora responsável: Kaasy Mary a realizar o projeto de pesquisa intitulado "O Desmame na maternidade atípica: rupturas e transições" sob o parecer técnico de Cássia Renata – Coordenação de Saúde Mental da secretaria de saúde do Jaboatão dos Guararapes.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e suas complementares por parte dos pesquisadores, comprometendo-se a utilizar os dados da pesquisa exclusivamente para fins científicos. Assim, devem manter o sigilo e garantir que não haverá qualquer prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, bem como não haverá nenhuma despesa para o Município decorrente da pesquisa.

Antes de iniciar a coleta de dados, o pesquisador deve apresentar o parecer consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP e, em caso de não cumprimento dos itens acima, haverá a liberdade de se retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Zelma Pessoa
Secretária Municipal de Saúde
Zelma Pessoa

Zelma de Fátima Chaves Pessoa
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA PARA USO DE DADOS



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO SUS
GERÊNCIA DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Anuência, 01/2023

CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Kaasy Mary Cavalcanti, a desenvolver o seu projeto de pesquisa intitulado "O DESMAME NA MATERNIDADE ATÍPICA: Rupturas e Transições" que está sob a orientação da Professora Renata Lira dos Santos Aléssio.

Cujo objetivo é investigar sobre possíveis rupturas e transições no curso de vida de mães de crianças atípicas a partir de suas experiências de aleitamento materno e desmame., nesta instituição, bem como cederemos o acesso aos dados de (prontuários / de base de dados de pesquisa, material didático pedagógico, etc) para serem utilizados na referida pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o parecer consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Jaboatão dos Guararapes 23 de Maio de 2023

Zelma Pessoa
Secretária Municipal de Saúde
Mat.: 9115

Zelma de Fátima Chaves Pessoa
Secretária Municipal de Saúde

AV. Barreto de Menezes, S/N – Prazeres 54.330-900 – Jaboatão dos Guararapes – PE
Fone: 3476-9904 – Fax: 3476-9904 CNPJ: 03.904.39500001-45