

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**MARIZETE ARGOLO TEIXEIRA**

**MEU NETO PRECISA MAMAR! E AGORA?  
CONSTRUINDO UM COTIDIANO DE CUIDADO JUNTO A MULHERES-  
AVÓS E SUA FAMÍLIA EM PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO: UM  
MODELO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM FUNDAMENTADO NO  
INTERACIONISMO SIMBÓLICO**

**FLORIANÓPOLIS  
2005**



**MARIZETE ARGOLO TEIXEIRA**

**MEU NETO PRECISA MAMAR! E AGORA?  
CONSTRUINDO UM COTIDIANO DE CUIDADO JUNTO A  
MULHERES-AVÓS E SUA FAMÍLIA EM PROCESSO DE  
AMAMENTAÇÃO: UM MODELO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM  
FUNDAMENTADO NO INTERACIONISMO SIMBÓLICO**

Dissertação do Mestrado apresentado à Banca Examinadora como requisito ao título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Dra. Rosane Gonçalves Nitschke

**FLORIANÓPOLIS  
2005**

assinaturas

*Nada pode ter sido intelectualmente um problema, se não tiver sido,  
em primeiro lugar, um problema da vida prática.*

*Minayo*

*A **Roberta** (in memória), minha adorada sobrinha que cumpriu sua missão na terra e agora está com nosso Pai do Céu. Partiu aos dezesseis anos deixando saudades e uma imagem de responsabilidade, alegria e sabedoria. Seu sorriso contagiava e sua voz acalmava os nossos corações. Eu fui modelo para ti e tenho certeza estás feliz com minha conquista. Sempre te amarei e pretendo um dia te encontrar aí no Céu.*

## AGRADECIMENTOS

*A DEUS, que sempre esteve comigo, dando-me sabedoria, paz, tranquilidade, força e fortaleza. Agradecer-te neste momento é muito pouco diante de tanta luz e direcionamento.*

*Aos meus pais, MIGUEL e MARGARIDA, que tão sabiamente souberam me guiar pelos caminhos da simplicidade e humildade.*

*Aos meus irmãos MARGARETE, MIGUEL FILHO, MARLUCIA, MARCOS, MARCELO e LUCAS, que mesmo de longe souberam demonstrar carinho, preocupação, amizade e amor.*

*Aos meus sobrinhos de laços consanguíneos, CASSIO, ARMANDO, VINICIUS 1, LEO, VITOR, VINICIUS 2, VANESSA, YANNA, YASIMIM, MARIA CLARA, BEL e MERCIA (in memória) e aos de laços afetivos, BI, BELA, CLAUDIO, TASSIO, TONY, TASSY, CELY, BIA, JULIA, MONA, MARI, MAILY, JUNINHO, MURILO e THIAGO, pela fonte de alegria e juventude, perto de vocês sempre serei uma eterna criança.*

*Às minhas cunhadas, VANELMA, YUNNA e SANDRINHA e ao meu cunhado VALMIRAL, pelo carinho e apoio.*

*A LAURA, por ser tão especial na vida de minha família apoiando e ajudando sempre.*

*A Prof. ROSANE, você não foi apenas uma orientadora de mestrado, mas fostes, amiga, companheira e luz. Os seus conhecimentos, suas experiências e vivências, sua compreensão, sua sensibilidade, sua sabedoria, me ensinou a ser não somente uma profissional qualificada, mas também a ser uma pessoa mais segura e tranquila. Obrigado pelo carinho, dedicação, respeito e amizade.*

*Às Professoras LUCINEIDE, TELMA, ANGELA, COLETA, MARIA DE LOURDES HAMES e EVANGUELIA, muito obrigado pela disponibilidade de ler o meu trabalho abrilhantando-o com suas observações.*

*A D. EDITE, pelo carinho que muitas vezes me fortaleceu.*

*A MIRA, pela sua amizade fiel e sincera.*

*A THAIS e ALDA pelas palavras de incentivo.*

*A ALMIR, por ter me conduzido e me estabelecido na cidade de Florianópolis, a sua ajuda foi muito importante.*

*A EDMÉIA, você com certeza foi o anjo que me anunciou a seleção do mestrado e me conduziu a conhecer este mundo do conhecimento, a você o meu eterno agradecimento.*

*A ROSÁLIA, amiga, colega de trabalho e de disciplina, você sabe o quanto foi importante nesta minha caminhada.*

*A ZENY, pelo modelo de mulher e profissional, pelas orientações fornecidas no projeto para seleção do mestrado e pelo incentivo ao meu crescimento.*

*A ALBA, GONDIN e GLEIDE, pelas orientações e encaminhamentos que tanto facilitaram este meu caminhar.*

*A PATRÍCIA ANJOS, pela amizade, carinho, apoio e pelas orações.*

*Aos membros dos GRUPOS DE ORAÇÃO de Jequié (Pati, Flavia, Idelfonso, Norma, Arcanja, Franco, Roberta, Soraia, Chico, Sandra e Ana) e de Florianópolis (Francis, Josy, Nilta e Denise) pelas orações e pelo convívio.*

*Aos COLEGAS DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE da UESB, pelo carinho e incentivo ao meu crescimento.*

*A Professora LUCIA TAKASE, pelo direcionamento e atenção que dispensastes quando mais precisei, você é responsável pelo meu crescimento.*

*A PATY G, amiga fiel e companheira. Aprendi tanto contigo. Obrigada pelas vezes que me ouviu, me aconselhou e me guiou; por ter compartilhando não somente os momentos felizes, mas, sobretudo os tristes e difíceis que enfrentei. Levo-te no meu coração.*

*A FABI, loirinha que encanta com seu charme e sorriso, sua marca registrada. Primeira amiga que conquistei e me conquistou. Cuidou de mim mesmo antes de conhecer-me pessoalmente, a você o meu carinho e agradecimento. Ficarás para sempre guardada no meu coração.*

*AO LEANDRO, você não foi apenas colega, mas amigo, irmão e companheiro. Obrigada por compartilhar tua sabedoria e teus conhecimentos. Estarás sempre no meu coração.*

*A PATY K, amiga, brincalhona e cheia de graça. A nossa troca de experiências*

*profissional e pessoal nos fez crescer muito. É bom lembrar dos momentos que sofremos e choramos, porém, melhor ainda é lembrar que hoje podemos rir deles, sobretudo do nosso comportamento, engraçado, né? A você todo meu carinho e, é claro um morada em meu coração.*

*A KEILINHA, pelo seu jeito divertido, amigo e descontraído. Em alguns momentos, cheia de vida, em outros meio tímida, mas com muita força e coragem, obrigada pelos momentos que compartilhamos.*

*A MÔNICA, pelos conselhos, cuidados e carinho. Te admiro muito, especialmente pela força e grandeza de mulher que representas para mim.*

*A SIMONE PERUZZO, pelo tempo dispensado simplesmente para me ouvir.*

*A ROBERTA, pelo compartilhar de conhecimentos e pelas nossas conversas.*

*A ADEMIR, MATILDE, DADI e LEO, pelo carinho, afeto e atenção, vocês são maravilhosos.*

*Ao CHARLES, irmão, companheiro de farra, parceiro de dança de salão e do zouque, apoio técnico. Fostes muito mais que um amigo, obrigado por ter aparecido em meu cotidiano. Saiba que não mais sairá dele.*

*A LUZIA WILMA, pelo acolhimento, companhia, amizade e por compartilhar teus saberes. Tu fostes muito importante neste meu caminhar, muito obrigada pelo carinho e amizade.*

*A EDITE, você é muito especial! Continue com sua delicadeza e simpatia. Muito abrigada pela atenção e pelos momentos que compartilhamos. Este agradecer se estende a WALDIR, LUCIO, THIAGO, SAMUEL e DANI.*

*A RAI, obrigada pela amizade, carinho e preocupação; ao teu lado me sentia protegida e cuidada.*

*A LORENA, pela amizade, simplicidade, carinho e atenção.*

*A GLADYS, pela amizade, pelos ensinamentos, carinho, atenção e pelos momentos que compartilhamos.*

*A NAZARÉ, pelo acolhimento, atenção, carinho e amizade.*

*A ANA CLAUDIA E INGRED, vocês representam o símbolo de amizade e cumplicidade. Obrigada por ter me incluído no cotidiano do viver de vocês.*

*A NADIA, DANIELE, KARINE e MELISSA, enfermeiras do HU apesar do pouco convívio vocês me dispensaram carinho, afeto e atenção.*

*Aos funcionários do Alojamento Conjunto do HU, especialmente a LINDAURA, pelo acolhimento, carinho e atenção.*

*Aos COLEGAS DO CURSO DE MESTRADO, pelo compartilhar de saberes e experiências e por todos os momentos vividos em conjunto.*

*Aos professores da PEN/UFSC, especialmente, Marisa Monticelli, Denise Guerreiro, Marta Prado, Maria do Horto, Mila, Vitória, Alacoque, Mirian, Astrid, Jussara, Itayra, Betina Bub, Evanguelia, Ângela, Vera e Telma, vocês estão de parabéns pela dedicação e competência.*

*A professora TELMA, pelo carinho, cuidado e atenção, sabes que o nosso amor foi a primeira vista.*

*A professora VERA, obrigada por ter ensinado a cuidar de mim e pelos momentos que compartilhamos.*

*A professora EVANGUELIA, por compartilhar os conhecimentos sobre o aleitamento materno. Pelo carinho e atenção. Continue sendo este modelo de mulher e profissional.*

*A professora ANGELA GUIORZ, pelo carinho, sensibilidade e contribuições neste meu caminhar.*

*Aos MEMBROS DOS GRUPOS DE PESQUISA: Cuidando e Confortando e NUPEQUIS, pelos momentos de crescimento profissional e pessoal, muito aprendi com cada um de vocês.*

*Ao Sr. JORGE, pelas conversas, pelo carinho, atenção e respeito.*

*A CLAUDIA, pelo carinho, atenção e competência.*

*A FAPESB, pelo apoio financeiro, enquanto órgão de pesquisa.*

*O meu AGRADECIMENTO ESPECIAL a PÉROLA, ESMERALDA, BRILHANTE e seus familiares, sem vocês seria impossível ter garimpado e ter encontrado pedras tão preciosas e cheias de brilho.*

*A TODOS que direta ou indiretamente contribuíram para o meu crescimento me instigando a continuar e subir sempre mais alto.*

TEIXEIRA, Marizete Argolo. **Meu neto precisa mamar!** E agora? Construindo um cotidiano de cuidado junto a mulheres-avós e sua família em processo de amamentação: um modelo de cuidar em Enfermagem fundamentado no Interacionismo Simbólico. 2005. 234 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Orientadora: Dra. Rosane Gonçalves Nitschke

## RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo que teve como objetivo geral **construir um cotidiano de cuidado junto a mulheres-avós e seus familiares, para a promoção, proteção e o apoio do aleitamento materno, fundamentado no Interacionismo Simbólico**. Seus objetivos específicos foram: organizar um marco conceitual interacionista, que sustente uma prática de cuidado junto a mulheres-avós no cotidiano familiar que contribua para o aleitamento materno; elaborar e implementar uma metodologia de cuidado junto a mulheres-avós, considerando os aspectos ético-educacionais e culturais da prática do aleitamento materno; compreender o significado do aleitamento materno para as mulheres-avós e refletir sobre a aplicação do referencial teórico interacionista e a implementação da metodologia. O trabalho foi desenvolvido em Florianópolis, durante 11 meses, partindo-se da unidade de alojamento conjunto de um hospital público, chegando-se até os domicílios dos sujeitos do estudo, três famílias em processo de amamentação, tendo-se as mulheres-avós como protagonistas. A metodologia foi o Modelo de Cuidar em Enfermagem, integrando os momentos: **Conhecendo o Cotidiano e as Interações; Definindo a Situação do Cotidiano e do Cuidado; Propondo e Realizando o Cuidado; Repensando sobre o Cuidado e o Cotidiano**, em Encontros Individuais e em Grupo, adotando-se como técnicas a entrevista semi-estruturada e observação participante, utilizando-se dinâmicas criativo-sensíveis. O estudo revelou que as mulheres-avós possuem significados que foram construídos ao longo de sua história de vida e que estes influenciam o cuidado às suas filhas, noras, netas e netos em processo de amamentação. A enfermeira precisa conhecer e compreender esses significados ao implementar o cuidado. Ao concluir-se este estudo, viu-se que o Modelo de Cuidar em Enfermagem desenvolvido é viável, sendo dinâmico, com suas fases sempre se interligando e se completando. Destaca-se que o cuidado profissional precisa focar a família e não apenas as mulheres-avós. Apesar do aleitamento materno estar sendo vivenciado pelas nutrizes e recém-nascidos, ele pode ser experienciado por todos que desejam e podem contribuir para ajudar e apoiar a mulher que amamenta. A experiência mostrou que as mulheres-avós são verdadeiras **PEDRAS PRECIOSAS** nesse processo que envolve o nascimento de um novo ser, pois elas por terem vivenciado e experienciado a prática da amamentação, trazem significados do aleitamento materno que, ao longo de seu percurso de vida, foram sendo construídos-desconstruídos-reconstruídos, à medida que interagiam com suas mães, seus filhos e agora com suas filhas, noras e seus netos, passando conhecimentos que podem contribuir, enriquecendo o cuidado e lapidando o processo de amamentação. A enfermeira precisa desenvolver seu papel junto às famílias em processo de amamentação, deixando de ser juíza para ser colaboradora, ao esculpir, reconstruir e modificar a realidade, sendo mestre-aprendiz, mediadora e agente de mudanças, discutindo as questões de cidadania ao desempenhar o papel de ativista político, sendo, acima de tudo, auto-reflexiva. É preciso integrar, no cotidiano do cuidado junto às mulheres-avós e seus familiares para a promoção, proteção e apoio do aleitamento materno, a relevância dos significados, num constante construir-desconstruir-reconstruir, compartilhando outras maneiras de cuidar, que integrem as diferentes culturas que envolvem a preciosidade do amamentar para o processo de viver.

**Palavras-Chave:** Aleitamento materno; Cotidiano; Interacionismo Simbólico; Enfermagem; Mulher-avó; Famílias; Modelo de Cuidar em Enfermagem

TEIXEIRA, Marizete Argolo. My grandson needs breast - feed! and now? Building a care quotidian next to women - grandmothers and their family in breast -feeding process: a to care in Nursing Model based on Symbolic Interactionism. 2005. 234 f. Dissertation (Mastership in Nursing) Post-graduation in Nursing Program, Santa Catarina Federal University, Florianópolis.

Orientadora: Dra. Rosane Gonçalves Nitschke

## ABSTRACT

It is a matter of descriptive qualitative study which had as general objective **to build a care quotidian next to women – grandmothers and their familiars for a promotion, protection and the maternal breast – feeding support in the symbolic interactionism**. Its specific objectives have been: to generate an interactionist conceptual landmark that supports a care practice next to women – grandmothers in the familiar quotidian that contributes for the maternal breast – feeding, to make and to implement a care methodology next to women – grandmothers, considering the cultural and ethical – educational aspects of the maternal breast – feeding practice; comprehend the meaning of maternal breast – feeding for the women – grandmothers and reflect about the application of the interactionist theoretical referential and the methodology implement. The work has been developed in Florianópolis for 11 months, departing from the unit of body accommodations of a public hospital, arriving until the study subjects' homes, three families in breast – feeding process, having the women – grandmothers like protagonists. The methodology was the “ To care in Nursing Model”, making up the moments: **Know the quotidian and the interactions; Defining the quotidian and the care situation; Proposing and Carrying out the care; Rethinking about the care and quotidian** in individual and in group meetings, adopting like techniques the semi – structured interview and participant observation, using creative – sensitive dynamics. The study has revealed that the women – grandmothers possess meanings that have been built along their life history and these ones influences the care for the daughters, daughters – in – law, grand daughters and grandsons in breast – feeding process. The nurse needs to know and comprehend these meanings to implement the care. To conclude this study, it was seen that the developed “To care in Nursing Model” is feasible, being dynamic with its phases always interlinking and completing themselves. It is stood out that the professional care needs to tackle the family and not just the women – grandmothers. In spite of maternal breast – feeding to be being lived by the fostress and newborns, it can be experienced by all who wish and can contribute to help and to support the woman who breast – feeds. The experience has shown that the women – grandmothers are true **PRECIOUS STONES** in this process that involves a new being's birth, because for them to have lived and experienced the breast – feeding practice, they bring meanings of the maternal breast – feeding that along their way of life, they were being built – unbuilt – rebuilt as they interacted with their mothers, sons and now with their daughters, daughters – in – law, and their grandchildren passing knowledges that can contribute, enriching the care and polishing the breast – feeding process. The nurse needs to develop her role next to families in breast – feeding process, stop being the judge to be collaborator to sculpt, to rebuild and to modify the reality, being master – learner, mediator and changes agent, arguing the citizenship questions to develop the role of political activist, being over all self- reflexive. It's necessary to make up in the care quotidian next to women – grandmothers and their familiars for the promotion, protection and maternal breast – feeding support, the relevance of the meanings in a constant build – unbuild – rebuild, sharing other ways to care that make up the different cultures which involves the preciousity of the breast – feeding for the process of living.

**Keywords:** Maternal Breast – feeding, Symbolic Interactionism; Nursing; Women – grandmothers; Families; To care in Nurse Model.

TEIXEIRA, Marizete Argolo. **¡Mi nieto necesita lactar!** ¿Y ahora? Construyendo un cuidado diario del bebé, en proceso de lactación, junto a mujeres-abuelas y su familia: un modelo de cuidar en Enfermería, fundamentado en la Interacción Simbólica. 2005. 234 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Orientadora: Dra. Rosane Gonçalves Nitschke

## RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo descriptivo que tuvo como objetivo general: **construir un cuidado cotidiano junto a mujeres-abuelas y sus familiares, para la promoción, protección y el apoyo a la lactancia materna, fundamentada en la Interacción Simbólica**. Sus objetivos específicos fueron: organizar un marco conceptual interactivo, que sustente una práctica de cuidado habitual junto a mujeres-abuelas en el ambiente familiar, que contribuya para la lactancia materna; elaborar e implementar una metodología de cuidado junto a mujeres-abuelas, considerando los aspectos ético-educacionales y culturales de la práctica de lactancia materna; comprender el significado de la lactancia materna para las mujeres-abuelas y reflexionar sobre la aplicación de la referencia teórico-interactiva y la implementación metodológica. El trabajo fue desarrollado en Florianópolis, durante 11 meses, partiendo de la unidad de alojamiento conjunto de un hospital público, llegando hasta los domicilios de los sujetos motivo de estudio: tres familias en proceso de lactancia, teniendo a las mujeres-abuelas como protagonistas. La metodología fue: “El Modelo de Cuidar en Enfermería”, integrando todos los momentos: **Conociendo lo Cotidiano y las Interacciones; Definiendo la Situación de lo habitual y del Cuidado; Proponiendo y Realizando el Cuidado; Reflexionando sobre el Cuidado y lo Cotidiano**, en Encuentros Individuales y en Grupo, adoptando como técnicas: la entrevista semiestructurada y la observación participativa, utilizando dinámicas creativo-sensibles. El estudio reveló que las mujeres-abuelas poseen significados que fueron elaborándose a lo largo de sus historias de vida y que estos influenciaron en el cuidado de sus hijas, nueras, nietas y nietos en proceso de lactancia. La enfermera precisa conocer y comprender esos significados al implementar el cuidado. Al concluirse este estudio, se comprobó que el desarrollo del Modelo de Cuidar en Enfermería es viable, siendo dinámico, con sus fases siempre interligadas y completándose unas con otras. Es necesario destacar que el cuidado profesional necesita enfocar a la familia y no solamente a las mujeres-abuelas. A pesar de que la lactancia materna está siendo sentida por las nutrices y los recién nacidos, ella puede ser comprobada por todos los que desean y puedan contribuir para ayudar y apoyar a la mujer que amamanta. La experiencia demostró que las mujeres-abuelas son verdaderas **PIEDRAS PRECIOSAS** en ese proceso que envuelve el nacimiento de un nuevo ser, pues ellas por haber sentido y experimentado la práctica de amamantar, traen significados de la lactancia materna que, a lo largo de su recorrido de vida, fueron siendo construidos-derrumbados-reconstruidos, en la medida que interactuaban con sus madres, sus hijos y ahora con sus hijas, nueras y sus nietos, transmitiendo conocimientos que pueden contribuir, enriqueciendo el cuidado y perfeccionando el proceso de lactancia. La enfermera necesita desarrollar su papel junto a las familias en proceso de lactancia, dejando de ser jueza para ser colaboradora, al esculpir, reconstruir y modificar la realidad, siendo maestra-aprendiz, mediadora y agente de cambios, discutiendo las cuestiones de ciudadanía al desempeñar el papel de activista política, siendo, por encima de todo, autoreflexiva. Es preciso integrar, a lo cotidiano del cuidado junto a las mujeres-abuelas y sus familiares para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, a la relevancia de los significados, en un constante construir-derrumbar-reconstruir, compartiendo otras maneras de cuidar, que integren las diferentes culturas que envuelven la preciosidad de amamantar para el proceso de vivir.

**Palabras Clave:** Lactancia materna; Cotidiano; Interaccionismo Simbólico; Enfermería; mujer-abuela; Familias; Modelo de Cuidar en Enfermería.

## SUMÁRIO

<b>1 INICIANDO A CAMINHADA: UMA INTRODUÇÃO À TEMÁTICA.....</b>	<b>16</b>
<b>2 APROXIMANDO-ME DA LITERATURA.....</b>	<b>27</b>
2.1 Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno .....	27
2.2 Por que promover, proteger e apoiar a amamentação? .....	37
2.3 Fatores que influenciam a prática do aleitamento materno: encontrando a mulher-avó .....	43
2.4 A Enfermagem e o cuidado às famílias em processo de amamentação: um olhar para a mulher-avó .....	52
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>60</b>
3.1 Interacionismo Simbólico.....	61
3.2 Pressupostos do Interacionismo Simbólico .....	66
3.3 Pressupostos pessoais .....	67
3.4 Conceitos.....	68
<b>4 A GARIMPAGEM – ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>79</b>
4.1 Caracterizando o estudo .....	79
4.2 O garimpo onde as pedras preciosas foram garimpadas e cuidadas.....	81
4.3 As pedras preciosas garimpadas – os sujeitos do estudo.....	83
4.4 Aspectos éticos e legais .....	85
4.5 Propondo um Modelo de Cuidar em Enfermagem .....	87
4.5.1 Os momentos do Modelo de Cuidar .....	89
4.5.2 Estratégias para desenvolver o Modelo de Cuidar .....	92
4.6 Registrando os dados.....	96
4.7 Análise.....	97
<b>5 CUIDANDO DAS PRECIOSIDADES: A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM.....</b>	<b>103</b>
<b>5.1 Implementando o Modelo de Cuidar junto às preciosidades .....</b>	<b>103</b>
5.1.1 Cuidando de ESMERALDA .....	104
5.2.2 Cuidando de BRILHANTE .....	116
5.2.3 Cuidando de PÉROLA .....	131
5.2.4 Trocando experiências de cuidar da filha, nora, neto e neta em processo de amamentação: repensando o cuidado e o cotidiano .....	144
<b>6 MERGULHANDO NOS SIGNIFICADOS DA AMAMENTAÇÃO PARA AS PEDRAS PRECIOSAS: UMA APROXIMAÇÃO INICIAL.....</b>	<b>154</b>
<b>7 REFLETINDO SOBRE O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO QUE SUSTENTOU O MODELO DE CUIDAR.....</b>	<b>184</b>
7.1 O referencial teórico e seus conceitos .....	184
7.2 O que foi trabalhar com o Modelo de Cuidar.....	194
7.2.1 As estratégias para desenvolver o Modelo de Cuidar em Enfermagem.....	199
7.3 Aspectos educativos no Modelo de Cuidar.....	203
<b>8 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PARA FINALIZAR ESTE MOMENTO .....</b>	<b>206</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>216</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>227</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>230</b>



*“Os sonhos são as mais poderosas ferramentas  
do sucesso de que você pode dispor”.*

*A. C. Williams*

*INICIANDO A CAMINHADA: UMA INTRODUÇÃO À TEMÁTICA*

## 1 INICIANDO A CAMINHADA: UMA INTRODUÇÃO À TEMÁTICA

O interesse pela temática *aleitamento materno* emergiu de minha experiência profissional, como enfermeira assistencial em uma maternidade de um Hospital Público no Município de Jequié no interior da Bahia e como docente na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB/Campus de Jequié, onde tive a oportunidade de desenvolver diversas ações de promoção de saúde junto às gestantes, nutrizes e familiares que estavam vivenciando e/ou experienciando<sup>1</sup> ou iriam vivenciar e/ou experienciar o processo da amamentação.

Dentre as ações de promoção de saúde, posso citar as palestras sobre aleitamento materno e o processo de amamentação em grupos de gestantes, nas unidades de alojamento conjunto e nos serviços de atenção à criança, bem como orientações individuais e cuidados dispensados às puérperas com problemas relacionados à amamentação em unidades de saúde e nos domicílios.

Enquanto docente da Universidade, comecei a participar das diversas atividades ali desenvolvidas e dentre elas, tive a oportunidade de ser membro da equipe executora e, posteriormente, ser coordenadora do Projeto de Extensão: “Vamos amamentar, mamãe?”, cujo objetivo é promover meios para proteger e apoiar a prática do aleitamento materno na comunidade jequieense.

Durante a realização das palestras sobre aleitamento materno às gestantes, puérperas e mães, percebi que as mulheres-avós são respeitadas, por já terem vivenciado o papel de mãe e trazerem consigo conhecimentos que foram adquiridos ao longo do seu processo de viver. Elas têm função significativa no convívio familiar, exercendo certa influência sobre suas filhas e noras para que sigam seus conselhos e o seu modo de vida, enfim, sua cultura, principalmente nas questões relacionadas à amamentação, interferindo, às vezes, de modo a desestimular essa prática. Este fato foi

---

<sup>1</sup> Segundo Ximenes (2000) a vivência é a experiência da vida, o que se viveu, enquanto a experiência é a ação ou efeito de experimentar. Conhecimento prático adquirido ao longo da vida. Neste estudo foi considerada a vivência como um conhecimento adquirido a partir de si próprio, faz parte do vivido, enquanto a experiência como o conhecimento a partir do outro.

também constatado durante a realização das visitas domiciliares. Certo dia, uma avó adentrou o quarto com uma mamadeira, pegou sua neta e ofereceu leite artificial, alegando que, devido aos problemas apresentados por sua nora (ingurgitamento mamário e fissuras), ficava difícil a mesma amamentar sua filha. Outro fato semelhante ocorreu com uma colega de profissão (enfermeira), quando a mesma sofreu fortes pressões de sua mãe para que complementasse a alimentação de sua filha com leite artificial, alegando que o aleitamento materno exclusivo não sustentaria a criança.

Tal situação despertou-me o interesse em desenvolver um estudo que enfocasse a influência das mulheres-avós na prática do aleitamento materno ao exercerem cuidados intrafamiliar às filhas, noras, netas e netos em processo de amamentação, uma vez que essa influência é mais discutida na voz do senso comum, havendo poucos trabalhos científicos que abordem essa temática, necessitando, assim ser melhor explorada.

O ato de amamentar é um ato natural, milenar, sem custo, essencial para a vida dos seres humanos. Minimiza a fome, salva vidas e faz o indivíduo crescer não só biologicamente, como também emocionalmente, porém, “é intrincado de uma espessa rede de valores que envolvem profissionais, puérperas, nutrizes, recém-nascidos, familiares e sociedade” (HAMES, 2001, p. 20). Todavia, ao longo dos anos, vem sofrendo diversas influências em decorrência da incorporação de novos costumes pela população, levando as nutrizes a desmamarem precocemente seus filhos, diminuindo, assim, a prevalência do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida.

O desmame precoce é a introdução de qualquer tipo de alimento ou bebida além do leite materno, incluindo água, chá, dentre outros, na alimentação da criança antes dos seis meses de idade (SIMONS, 2000). Esse fenômeno tem sido estudado e analisado por diversos autores, dentre eles, Thomson (1978), Martins Filho (1987), Rea e Cukier (1988), Marcon (1996), Poli et al (1997) e Simons (2000), com intuito de desvendar as causas que levam a mulher a praticá-lo.

As razões apontadas como responsáveis pela introdução de outros alimentos nem sempre são assumidas pelas mães, que atribuem o desmame a problemas como

leite insuficiente, fraco, mamilos invertidos, planos, doloridos, o bebê chora muito, não dorme, recusa o peito e a falta de apoio de profissionais de saúde, parentes, vizinhos e amigos (COSTA, FIGUEREDO e SILVA, 1993, BARTHOLMEY, 1994; BEMFAM, 1997; REA, 1998, GIUGLIANI e VICTORIA, 2000).

Associado a essas razões, deparamo-nos, ainda, com a falta de informações e segurança da mãe sobre as vantagens do leite materno para a mulher, para o bebê, para a família, para a sociedade e para o planeta. O uso da chupeta, de bicos, de água e chás no intervalo das mamadas, o despreparo dos profissionais de saúde e da família para resolução dos problemas mais comuns da amamentação, a propaganda dos leites industrializados, a fraca atuação dos serviços de saúde no apoio à mãe nutriz e à família, para que consigam resolver os principais problemas referentes à amamentação de forma satisfatória, também constituem fatores de desestímulo à amamentação.

Ainda podemos citar como fatores que influenciam a prática do aleitamento materno a falta de conhecimento da comunidade, dos políticos e dos profissionais de saúde sobre a importância da amamentação e sobre os riscos dos leites artificiais; rotinas hospitalares inadequadas para a prática do aleitamento materno; pouca disponibilidade de leite humano pasteurizado para suprir as necessidades de prematuros, crianças de mães HIV-positivas; o não cumprimento das leis que protegem a mulher trabalhadora que amamenta; falta de suporte e orientação provenientes de mulheres com experiência em aleitamento materno nas comunidades e práticas e crenças influenciadas pela cultura (ARAÚJO, 2002; GIUGLIANI, 2002).

As crianças que são desmamadas precocemente, geralmente, recebem alimentos de baixo teor calórico e protéico, preparados na maioria das vezes em condições precárias de higiene, levando a um crescente aumento das doenças diarreicas e à desnutrição. A carência nutricional, nesse período da infância, traz conseqüências graves para a criança, ocorrendo assim prejuízos para o seu crescimento e desenvolvimento.

A cada ano nascem quatorze milhões de crianças no mundo, das quais um milhão e meio estarão mortas antes de completarem um ano de idade, ou seja, mais de uma morte de criança a cada trinta segundos. A desnutrição continua sendo o fator responsável por mais da metade desses quatorze milhões de mortes de crianças nos

países em desenvolvimento. O Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF argumenta que este índice poderia ser reduzido, em grande parte se a amamentação não fosse interrompida precocemente (HAMES, 2001).

Teruya e Coutinho (2000, p. 6) também afirmam que “nos países em desenvolvimento 40 mil crianças morrem a cada dia (28 por minuto), vítimas de má nutrição e doença decorrente de má nutrição”.

Nóbrega (2000) argumenta que muitas vidas seriam salvas se o aleitamento materno chegasse até o fim do primeiro ano de vida. Os recém-nascidos têm o direito de receber a melhor alimentação, o leite materno. Os profissionais da área de saúde têm o dever de lutar para preservar, orientar e indicar o aleitamento materno e isto contribuirá para melhorar as condições de saúde das crianças, bem como proporcionará às mães a agradável sensação do dever cumprido, com carinho e amor.

Inúmeras pesquisas têm demonstrado o efeito protetor do leite materno contra a mortalidade e morbidade infantil, assim como sua importância na construção do emocional do ser humano, assegurando sua sobrevivência com qualidade de vida futura (TERUYA e COUTINHO, 2000).

Apesar dessas pesquisas terem demonstrado o efeito protetor do leite materno contra a morbimortalidade infantil e de muitos avanços ocorrerem nas últimas décadas no tocante à prática da amamentação no Brasil, ainda nos deparamos com elevadas taxas de desmame precoce.

O estudo mais recente sobre a prevalência da amamentação foi o realizado em 1999, pelo Ministério da Saúde, em parceria com as Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde. Esse estudo versa sobre a prevalência de aleitamento materno em 25 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Os resultados apontaram que a maioria das crianças brasileiras são amamentadas no primeiro mês de vida, no entanto, ao longo do tempo, esta prática vai sendo abandonada, sendo a prevalência do aleitamento materno de 87% aos 30 dias; 77% aos 120 dias; 69% aos 180 dias, e de 35% a prevalência de aleitamento materno aos 364 dias no Brasil (BRASIL, 2001).

Com referência ao aleitamento materno exclusivo (AME), o estudo mostra, que na área urbana do Brasil, em torno de 53, 1% das crianças recebem apenas leite materno no primeiro mês de vida, ocorrendo a partir daí uma brusca redução nos

índices de AME, sendo 21,6% a prevalência de AME na faixa etária de 91 a 120 dias e de 9,7% a prevalência de AME na faixa etária de 151 a 180 dias (BRASIL, 2001).

A duração mediana de AME foi de 23 dias e a de aleitamento materno foi de 296 dias no Brasil urbano. “Essa é uma realidade distante da desejada que preconiza a amamentação exclusiva até os seis meses de vida” (BRASIL, 2001, p.32). Estes dados demonstram a necessidade de se continuar trabalhando com ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Conforme a Organização Mundial de Saúde - OMS e UNICEF (2001), o aleitamento materno deve ser dado de forma exclusiva até os seis meses de vida e o seu prolongamento, se possível, até o segundo ano de vida ou mais, complementado com outros alimentos adequados e apropriados para a criança.

A puérpera tem alta hospitalar antes que a lactação se estabeleça, o que ocorre nas duas primeiras semanas após o parto, sendo justamente neste período que aparecem alguns problemas que podem dificultar a amamentação. Muitas vezes, as nutrizes não recebem apoio dos profissionais de saúde, ficando a cargo da família prestar-lhe os cuidados necessários e, se por ventura, esses familiares não souberem lidar com estes problemas, não poderão resolvê-los, levando muitas vezes as mulheres a desmamarem precocemente seus filhos ao optarem por outra forma de alimentá-los.

Sabemos que a família tem um papel fundamental nos cuidados a serem dispensados a seus membros, pois ela é o agente socializador primário. É por intermédio dela que o ser humano aprende a viver, a amar, a sentir, a se cuidar e a cuidar do outro, aprende a entender o mundo em sua volta, o que é muito importante para o seu desenvolvimento bio-psico-social e cultural.

Dentro da família, as mulheres são consideradas as cuidadoras principais. Além de cuidadoras, elas também são responsáveis pela transmissão de conhecimentos sobre como cuidar. Normalmente, esses conhecimentos são repassados de mães para filhas ou de sogras para noras, estas solicitadas a assumir o papel de cuidadoras somente por impossibilidade da mãe.

Monticelli (1997) constatou, em seu estudo, que as puérperas aprendem a ser mães e a cuidar com suas próprias mães, sendo que essa rede de relações que se estabelece durante o processo do nascimento é extremamente frutífera para a

compreensão e reorganização dos papéis sociais. Esse momento de transição é um momento crucial, de drama social que envolve todas as pessoas que participam do nascimento.

Brazelton, apud Falceto e Waldemar (2001, p. 65) lembra:

O elemento organizador da família e seus ciclos é o cuidado dos filhos. A chegada do primogênito traz novas identidades: transforma o casal em família, o marido em pai, a esposa em mãe e os pais em avós. De um lado a celebração familiar, do outro, as dificuldades e os medos comuns sobre como lidar com o bebê recém-chegado.

Ocorre que, as novas responsabilidades amadurecem o caráter e a auto-estima, fortalecendo-se o orgulho muito especial para a condição de muitos pais e avós. No entanto, eles precisam passar por uma fase de adaptação, podendo, muitas vezes ser conflitual. Nessa etapa, os avós tornam-se importantes. Eles podem auxiliar os pais a cuidar dos netos, assumindo algumas tarefas. O perigo é que os avós podem infantilizar os pais, assumindo exageradamente espaços que devem ser dos mesmos. Para que isso seja resolvido, um bom diálogo entre as gerações pode ajudar a superar esse problema (FALCETO e WALDEMAR, 2001).

Percebo as mulheres-avós como cuidadoras significativas no âmbito familiar. Cuidam dos membros da família, principalmente de suas filhas e noras na fase puerperal, transmitindo seus conhecimentos, suas crenças e sua cultura. Conforme Moragas, apud Ruschel e Castro (1998, p. 121), “a opinião do idoso era mais ouvida e se valorizava mais a experiência do que a inovação”, no entanto, nem todas as avós podem ser consideradas idosas, uma vez que encontramos mulheres que se transformam em avós ainda na fase madura.

A opinião da mulher-avó é válida. Ela é herdeira de um processo cumulativo de conhecimentos e experiências adquiridas ao longo dos anos, o que a torna sábia, valorizada e respeitada. Porém, nas questões referentes ao aleitamento materno, as mulheres-avós, muitas vezes, podem interferir, incentivando o uso de água, chás, leite industrializado e até mesmo de preparados com amido, alegando que o leite materno não “sustentaria” a criança, contribuindo assim para o desmame precoce.

Acredito que essas atitudes das mulheres-avós estejam relacionadas ao contexto histórico vivido pelas mesmas onde a prática da amamentação ainda não era tão valorizada, ao contrário, era desestimulada.

Martins Filho (2000, p.21) relata:

A defesa da lactação natural, na primeira metade do século XX, era algo muito individual no Brasil, principalmente depois da Segunda Guerra Mundial, com a chegada em larga escala da industrialização e dos avanços na rede de frios e dos laticínios, a divulgação do aleitamento artificial constituiu ocorrência rotineira em muitos documentos relacionados à alimentação infantil.

O mesmo autor comenta ainda que, nessa época, conhecia-se muito pouco sobre a imunologia e o papel protetor do colostro, não se dando a verdadeira importância ao aleitamento materno. Muito menos se sabia como incentivar, ajudar, promover e resolver a maioria dos problemas que as mulheres enfrentavam para amamentar.

Santana (1997) afirma também que, na década de 50, falava-se cada vez mais em aleitamento artificial entre as mulheres, proporcionando assim uma mudança de valores atribuídos ao aleitamento materno e à prática da amamentação, sendo que esses valores foram culturalmente arraigados e incorporados pela sociedade que passou a acreditar naquilo que se pensava ser o mais valorizado.

Na década de 70, começa a mudar a percepção sobre a prática da amamentação devido ao elevado índice de morbimortalidade infantil. Nessa época, o Brasil apresentava indicadores de saúde alarmantes: a mortalidade infantil era de 88 por mil nascidos vivos, 124 por mil na região Nordeste; a desnutrição crônica vitimava 48% da população brasileira; o desmame precoce no primeiro mês de vida atingia 54% dos lactentes na cidade de São Paulo e 80% em Recife; 50% dos pediatras prescreviam mamadeiras e 90% aconselhavam o uso de água nos intervalos das mamadas (BRASIL, 1991).

A prática do aleitamento materno tem colaborado para a diminuição da morbimortalidade infantil, isto porque várias campanhas em prol do aleitamento materno têm sido realizadas, principalmente pelo Ministério da Saúde. Porém, o desmame ainda vem ocorrendo precocemente.

Conforme o Ministério da Saúde (1995, p.5), “no Brasil o processo de urbanização, a introdução das mulheres no mercado de trabalho, a perda da família nuclear e dos valores culturais, interferem negativamente nas práticas do aleitamento materno”, que, embora seja um ato natural, não é instintivo, como bem afirmam Whaley e Wong (1989, p. 42) “contrário à crença popular, a amamentação não é instintiva. As mães necessitam de apoio, encorajamento e assistência (...)” para que possam amamentar com sucesso os seus bebês.

Teruya e Coutinho (2000, p.5) afirmam que “a lactação (produção do leite) inerente aos mamíferos e a sucção instintiva não são suficientes para assegurar a amamentação (manutenção da lactação), tornando hoje esse ato uma arte a ser aprendida e ensinada”. Os profissionais de saúde envolvidos com a amamentação precisam compreender que as mulheres não nascem mães, nem nutrizes, elas precisam aprender a amamentar, sendo necessário ser ensinadas (HAMES, 2001).

Acredito também que o amamentar não é um ato instintivo. É uma arte a ser apoiada, aprendida e ensinada, não só pelos profissionais de saúde, mas pela sociedade como um todo, destacando-se o papel da enfermagem e da família nesse momento de ensino-aprendizagem para a mulher que enfrenta as adversidades advindas do ciclo gravídico-puerperal. Dentre essas adversidades, encontram-se os principais problemas mamários (ingurgitamento e traumas mamilares), tabus (leite pouco e fraco), bebê chora muito, dentre outros que podem surgir durante o período da amamentação e que, se não forem resolvidos, podem levar as mulheres a desmamarem precocemente seus filhos.

A mulher precisa ser amparada para poder amamentar de forma prazerosa, obtendo o sucesso desejado com a amamentação, na medida em que desenvolve o seu papel de mulher, mãe e nutriz. Porém precisa ser apoiada por toda a sociedade, principalmente pelos profissionais de saúde e seus familiares, dentre estes, as mulheres-avós que estão presentes nos nascimentos de seus netos e que muito têm para contribuir para que o desmame precoce não seja estabelecido.

Lana (2001, p. 132) ressalta que “em casa, as avós e o marido devem ter sido informados sobre as vantagens e o manejo da amamentação; a mãe deve ter recebido apoio e incentivo do marido e não ter sofrido pressões negativas por parte de

familiares”.

Acredito que é preciso, não somente informar sobre as vantagens e manejo da amamentação para as mulheres-avós, mas, sobretudo, mergulhar nos significados sobre o amamentar e discutir com as mulheres-avós, os cuidados e as maneiras de cuidar de suas filhas, noras, netas e netos em processo de amamentação, com intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Deste modo, penso que contribuirá para reduzir o desmame precoce e ajudará a retomar a prática do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, o que poderá levar a uma melhoria da qualidade de vida das crianças e futuramente adultos, já que sabemos que o aleitamento materno é um dos cuidados primordiais para alcançá-la, claro que, quando associado a outras medidas de cunho econômico, social, cultural e político.

Assim, elegi a abordagem interacionista, buscando responder à seguinte questão: **Como contribuir para a construção de um cotidiano de cuidado a fim de que a mulher-avó e sua família possam desenvolver ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno?**

Diante desta indagação, realizou-se um estudo com os seguintes **objetivos:**

**Geral:** Construir um cotidiano de cuidado junto a mulheres-avós e seus familiares para a promoção, proteção e apoio do aleitamento materno, fundamentado no Interacionismo Simbólico.

**Específicos:**

1 - Organizar um marco conceitual, fundamentado no Interacionismo Simbólico, que sustente uma prática de cuidado junto a mulheres-avós e seus familiares, no cotidiano familiar, que contribua para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

2 - Elaborar e implementar um Modelo de cuidado junto a mulheres-avós e seus familiares que promova, proteja e apóie a prática do aleitamento materno, no cotidiano, considerando os aspectos éticos-educacionais e culturais dos envolvidos no processo.

3 - Compreender o significado do aleitamento materno para as mulheres-avós.

4 - Refletir sobre a aplicação do referencial teórico interacionista e sobre a implementação do Modelo de Cuidar em Enfermagem junto a mulheres-avós e seus

familiares.

Resgatando as idéias de Wright e Leahey (2002), vale salientar que a família se configurou como contexto e a mulher-avó como foco deste estudo.

Devido à incipiência de estudos que abordam esta temática, creio que a construção de uma proposta que enfoque o cuidado com mulheres-avós configurou-se em um estudo de relevância para o tema, uma vez que o foco central deste estudo foi voltado para o cuidado das mulheres-avós que, por sua vez, estavam cuidando de suas noras, filha, neto e netas em processo de amamentação.

Acredito que, a partir deste estudo, novos conhecimentos serão construídos, abrindo novas possibilidades tanto para a Pesquisa como para o Ensino e a Extensão que envolva as interações, os significados e o cuidado da família que vivencia o nascimento de um novo ser em seu cotidiano, destacando-se o papel da mulher-avó na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, considerando-se os aspectos éticos-educacionais e culturais.

Finalmente, considero a proposta deste estudo de cunho relevante para a população em geral, pois é preciso aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e continuado por dois anos ou mais, complementado com outros alimentos próprios para a idade, conforme recomendado pela Organização Mundial de Saúde (2001), o que contribuirá para a diminuição dos índices de morbimortalidade infantil. As nutrizes precisam receber apoio e ajuda para se sentirem mais seguras e confiantes durante a amamentação e adquirir experiências positivas que serão transmitidas às futuras gerações. As mulheres-avós precisam ser cuidadas e apoiadas nesse processo, tendo um espaço para refletir sobre sua vivência e experiência com a amamentação. Deste modo, é preciso construir um cotidiano para que as mulheres-avós sejam cuidadas e apoiadas durante essa etapa do ciclo de vida familiar, em que são transformadas em mulheres-avós e assumem o papel de cuidadoras dos membros de sua família, contribuindo para que as mesmas cuidem das filhas, noras, netas e netos em processo de amamentação, integrando construtivamente os conflitos que poderão surgir no âmbito familiar com o choque de culturas intergeracionais, fortalecendo, assim, laços geracionais.



*“O amor nasce do conhecimento mútuo e se fortalece na compreensão das diferenças”.*

*G. Marques*

*APROXIMANDO-ME DA LITERATURA*

## **2 APROXIMANDO-ME DA LITERATURA**

### **2.1 Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**

Para abordar as questões referentes à promoção, proteção e ao apoio à amamentação destaco alguns fatores que influenciaram essa prática ao longo da história, notadamente as referentes às transformações sociais ocorridas, que muito contribuíram para a incorporação do desmame precoce e da descrença no valor do leite materno. Para tanto, apresento alguns fatos históricos que evidenciaram essas transformações.

A amamentação natural e a alimentação artificial sempre estiveram presentes em nosso contexto histórico desde o começo da civilização. Short (2000) destaca que o aleitamento artificial talvez seja tão antigo quanto o próprio ato de amamentar, prova disto é que as escavações arqueológicas mostravam recipientes ao lado de corpos de lactentes, fazendo-nos crer que as mulheres já vivenciavam dificuldades quando em processo de amamentação.

No Brasil, a prática da amamentação era vista como algo natural. As índias amamentavam seus filhos por longos períodos. Almeida (1999) afirma que o regime alimentar do lactente acompanhava o desenvolvimento da marcha da criança na fase em que estava ainda de colo, período em que o leite materno era a alimentação básica. Quando a criança começava a caminhar, alimentava-se com os alimentos que a família dispunha, porém, sem abandonar a mama. A duração da amamentação mista persistia por mais de dois anos. O desmame acontecia em caso de morte materna, doenças graves da mãe ou casos interditados pela cultura (filhos de inimigos com mulheres da tribo ou filhos de índias que mantinham relações com mais de um parceiro). A índia conseguia compatibilizar a amamentação com a jornada de trabalho, harmonizando, assim, o seu papel de mãe-nutriz e de mulher-trabalhadora.

O desmame precoce e a descrença no poder da amamentação no Brasil começou

a partir da incorporação de um modelo de regime alimentar europeu, este coincidindo com a chegada dos colonizadores europeus. O amor materno era ignorado, o amamentar era algo indigno para uma dama da sociedade europeia, tarefa que era relegada às amas-de-leite, trazendo várias consequências para a saúde infantil (BADINTHER, 1985; ALMEIDA, 1999; HAMES, 2001).

As índias passam a ser as amas-de-leite das famílias brancas, denominadas de “*saloiás*”, sendo substituídas pelas escravas africanas, em razão da rejeição cultural que apresentavam. As escravas africanas e as mulheres portuguesas também foram utilizadas como amas-de-leite. A diferença entre elas era que as primeiras tinham os seios sugados por outras crianças contra a sua vontade, e quem recebia por isto eram os seus senhores e a segunda recebia um pagamento por isto. Às escravas, era imposto o desmame da criança negra em favor da criança branca. (FREYRE, 1997; ALMEIDA, 1999).

Durante o segundo e o terceiro século de colonização, ocorreu um abandono de crianças em decorrência dos desequilíbrios ocasionados pelo ritmo acelerado das transformações sociais. Havia muitos pobres perambulando pelas ruas das cidades brasileiras, muitos deles abandonavam seus filhos pelas calçadas, terrenos baldios e praias. Nessa época, são construídas casas de caridade e outras instituições para garantir a essas crianças o sacramento do batismo antes da morte e salvação do inferno (VENÂNCIO, 1997).

O autor ainda destaca um outro fato que merece ser mencionado, a instalação da roda dos expostos nas Santas Casas de Misericórdia de Salvador, Recife e Rio de Janeiro. A roda tinha a forma de um cilindro que unia a rua ao interior da instituição, impedindo que se visse quem havia abandonado a criança. Ela funcionava como refúgio à manutenção da honra materna e dos valores familiares, tentativa de salvar a criança da morte pela miséria extrema e como cemitério para aquelas crianças cujos pais não podiam arcar com o enterro ou encobrir filhos ilegítimos das senhoras da sociedade.

As Santas Casas do Brasil eram mantidas por doações, e as crianças eram alimentadas artificialmente com artefatos, que iam desde pano de linho puído a bules com bico de borracha e colheres de pau. O desconhecimento dos princípios de higiene,

quase sempre, levavam as crianças à morte (VENÂNCIO, 1997).

A partir do século XVII, começava-se a reconhecer que a ausência do leite materno para a alimentação do lactente tornava-o vulnerável e aumentava as taxas de mortalidade infantil, momento em que as publicações recomendavam que as mulheres deveriam voltar a cuidar e amamentar seus filhos.

Badinter (1985) destaca que as idéias do Iluminismo trazem dois novos valores: o primeiro diz respeito à busca da felicidade e o segundo à valorização do amor. Nesse momento, a criança adquire um valor social, as mulheres aproximam-se mais de seus maridos, mesmo que esta não fosse a realidade brasileira da época, uma vez que o homem era o senhor supremo dentro da organização familiar.

No final do século XIX, surge o movimento higienista. A prática higienista compreendia um conjunto de regras normatizadoras, construídas como uma categoria definida por atribuições biológicas e diretamente ligadas ao interesse do Estado e ao poder médico. A mulher assumiu o papel de mediadora entre os filhos e o Estado. Reconstruiu o ciclo gravídico-puerperal, usando a maternidade e a amamentação como algo natural do instinto, tornando-os vitais para a sobrevivência dos filhos. A alimentação, as condições ambientais e o comportamento humano passaram a se configurar em objetos de preocupação médica, na busca de soluções para problemas como a mortalidade infantil. (ALMEIDA, 1999).

O movimento higienista, ao contemplar somente os condicionantes biológicos, torna a mulher dependente do saber profissional, ditando normas que incluíam o estabelecimento de horário e tempo para as mamadas, utilização de ambos os seios, uso de chupetas, uso de água com açúcar, dentre outras, obrigando as mulheres a seguirem essas condutas. Ainda responsabilizavam as mães pela saúde dos filhos, valendo-se para isto da amamentação. Nesse período, não se contemplavam os condicionantes culturais da amamentação, o que contribuiu para o seu insucesso. A medicina determinou que a mulher deveria voltar a amamentar, mas não a ensinou como fazer, nem como ela deveria enfrentar os conflitos que a amamentação poderia trazer. A mulher historicamente desconhecia o amamentar e, quando não conseguia amamentar, iniciava um processo de culpabilidade (SILVA, 1990).

O *slogan*, “A saúde de seu filho depende de você” traduz todo o espírito da

filosofia higienista a respeito da amamentação. Entretanto, registros de 1969 revelam que certas mulheres não conseguiam amamentar em virtude do pequeno volume de leite produzido, deste ser fraco ou secar com facilidade, configurando-se em um problema para o qual o modelo higienista não dispunha de resposta, criando e introjetando na cultura brasileira a figura do leite fraco (ALMEIDA, 1999).

Durante o século XX, o surgimento da mamadeira e das fórmulas industrializadas e as transformações econômicas e sociais que levam a mulher a se inserir no mercado de trabalho e a duplicar o papel feminino de mãe/mulher/nutriz e trabalhadora contribuíram para reduzir ainda mais o aleitamento materno. Almeida (1999) acrescenta que, agora, a medicina e as mães começam a acreditar que a utilização do leite artificial e da mamadeira era a solução para a hipogalactia que, aos poucos, começou a ser prescrito para as exceções, mas que, por interesses econômicos, é vencida pelo discurso do aleitamento natural, que acaba por generalizar-se nas décadas de 40 a 70 em todo o Brasil.

Silva (1990) discorre que o decréscimo da prática do aleitamento materno, no Brasil, teve a sua marca na década de 40, chegando ao seu apogeu na década de 70. Passando pela utilização de amas-de-leite, até chegar à utilização da mamadeira, veículo que acelerou o processo de desmame e continua ainda hoje enraizada e presente no saber popular.

A publicação do livro “*The Baby Killer*”, em 1974 demonstrou que o *marketing* das multinacionais elevava os índices de morbimortalidade infantil em populações da África, Ásia e América Central. A partir desse fato, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) deram início a uma mobilização em todo mundo com o objetivo de resgatar o valor da amamentação natural (BRASIL, 1991).

Mundialmente, a década de 70 é marcada pelo início da mobilização em prol do resgate do ato de amamentar as crianças exclusivamente com leite materno até os quatro a seis meses de vida e de manter este processo por dois anos de idade (BRASIL, 1991).

No Brasil, destacam-se como instrumentos legais de apoio ao aleitamento materno a garantia da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que discorre sobre o

espaço durante a jornada de trabalho para que as mães pudessem amamentar seus filhos, contendo também artigos que assegurem a criação de creches e salas nos locais de trabalho e a licença maternidade (Decreto N. 52820 de 1996) que era de 12 semanas. Em 1972, é criado o Instituto Nacional de Alimentação Infantil – INAN, objetivando formular uma política nacional de alimentação. Em 1976 foi instituído o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição – II PNAN, com o envolvimento de vários Ministérios e com ações dirigidas especialmente a gestantes, nutrizes e crianças, contemplando também atividades de incentivo ao aleitamento materno (BRASIL, 1991).

A década de 80 é marcada pela mobilização social em defesa da amamentação. O meio científico já começa a discutir sobre a superioridade do leite materno e a divulgar tal fato para o público em geral, em veículos de comunicação de massa. Em 1981, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM, com mecanismos interinstitucionais e perspectivas de atuação multisetorial, desencadeando um movimento de valorização da prática da amamentação na sociedade brasileira. O PNIAM foi capaz de articular e congregar esforços dos mais diferentes segmentos da sociedade brasileira, e esse foi um momento em que órgãos do governo, sociedades de classe, organizações não-governamentais, empresas privadas, veículos de comunicação e associações comunitárias se uniram em defesa da amamentação, formando uma verdadeira torre de babel ideológica, conferindo o que havia de mais rico nas ações em favor do aleitamento materno: o sentido plural (ALMEIDA, 1999).

Com a mobilização social e união dos diversos segmentos da sociedade, a indústria de alimentos infantis perdeu o tradicional espaço e passou a se defrontar com um crescente estreitamento de mercado, reduzindo consideravelmente a sua produção. Nesse momento, os fabricantes de leites modificados constroem socialmente a biologia da excepcionalidade no cenário da amamentação, reeditando a antiga fórmula da vanguarda científica no campo da alimentação e nutrição de recém-nascidos. Almeida (1999) destaca que a principal diferença entre esses dois modelos é que o desmame comerciogênico, praticado entre as décadas de 40 a 70, contemplava todos os recém-nascidos como potenciais consumidores, enquanto o da excepcionalidade, praticado

atualmente, se volta para aqueles que vivenciam situações particulares, como a prematuridade e alergias alimentares.

Ainda na década de 80, podemos destacar, como estratégias governamentais para o incentivo ao aleitamento materno, o estabelecimento da obrigatoriedade dos sistemas de alojamento conjunto nas maternidades brasileiras, instituída através da Resolução n. 18 de 1983; a Carta de Porto Alegre em 1985, que tratava das práticas e dos programas na área da amamentação; a obrigatoriedade da implantação de alojamento conjunto nos hospitais universitários, Portaria 197 do Ministério da Saúde em 1987; a fixação das disposições sobre a implantação e o funcionamento de Banco de Leite Humano em 1988; as garantias da Constituição Federal de 1988 dos direitos de saúde; também em 1988, temos a aprovação da Norma para Comercialização de Alimentos para Lactentes pelo Conselho Nacional de Saúde e, em 1990, a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1991).

A década de 90 é marcada pela incorporação do significado de proteção e apoio à amamentação, momento em que a implantação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil trouxe um novo fôlego para o aleitamento materno no circuito das políticas públicas, superando as formulações que anteriormente só contemplavam aspectos referentes à promoção (ALMEIDA, 1999).

A IHAC propõe rotinas hospitalares facilitadoras do aleitamento materno em nível hospitalar. Contudo, o faz deixando uma lacuna entre os níveis de assistência, uma vez que não são direcionadas ações para as unidades básicas de saúde. Concordo com Poli (2000) quando afirma que o treinamento de funcionários e a adaptação do serviço em prol da amamentação são ações e investimentos necessários nos diversos níveis de assistência à saúde e não, apenas, necessidades do nível hospitalar.

A rede básica de saúde é pública e gratuita, sendo responsável por acompanhar as gestantes durante o pré-natal e também o binômio mãe-filho (a) nos primeiros anos de vida da criança, possuindo um papel fundamental e de grande valor para a promoção, proteção e o apoio à amamentação.

Em 1995, no Chile, foi criada, pela primeira vez, uma iniciativa para o sucesso do aleitamento materno, envolvendo os consultórios que acompanham as mães. Outros países, como o Peru, a Argentina e Nicarágua, também desenvolveram passos para a

rede básica de saúde. Até em países desenvolvidos, como o Reino Unido, em 1998, foram criados passos para que locais de atenção à saúde situados na comunidade pudessem promover, proteger e apoiar a amamentação (OLIVEIRA e GOMES, 2000).

No Brasil, em 1995, houve uma proposta de Unidade Básica Amiga da Criança em Londrina. Em 1999, foi criada, no Rio de Janeiro, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação, que vem sendo implementada pela SES-RJ/PAISMCA com o apoio do Grupo Técnico Interinstitucional de Incentivo ao Aleitamento Materno (OLIVEIRA, 2004).

A Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) tem por objetivo a promoção, a proteção e apoio ao aleitamento materno através da mobilização das unidades básicas de saúde para a adoção dos “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação” da IUBAAM. Essa iniciativa delinea um importante papel de suporte que as unidades básicas de saúde, em conjunto com os hospitais, podem desempenhar a fim de tornar o aleitamento materno uma prática universal, contribuindo significativamente para a saúde e bem estar dos bebês, suas mães, família comunidade local (OLIVEIRA, 2004, p.01).

As bases científicas necessárias para a implantação da IUBAAM já estão disponíveis. O Ministério da Saúde constituiu uma equipe de consultores em aleitamento materno, que passou a investir na viabilização e no aperfeiçoamento da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação para implementá-la em todo o Brasil. Também foram desenvolvidos o curso de 24 horas de Capacitação de Multiplicadores da IUBAAM, o Curso de 40 horas de Avaliadores da IUBAAM e o material didático e de avaliadores correspondentes (OLIVEIRA, 2004).

Oliveira salienta, ainda, que toda unidade básica de saúde que tenha pré-natal e pediatria pode-se tornar uma Unidade Básica Amiga da Amamentação, basta somente cumprir os “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação” da IUBAAM.

Fecha-se, assim, o ciclo para a promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno, na medida em que envolve não somente os hospitais, mas também as unidades básicas de saúde, oferecendo apoio às mulheres nutrizas e a seus familiares por um período maior e de uma forma sistematizada, à medida em que são seguidos passos específicos comprovados cientificamente para garantir o sucesso da

amamentação, o que, conseqüentemente, aumentará a prevalência do aleitamento materno.

Almeida (1999, p.49) ressalta:

Ao se focalizar a amamentação com as lentes da relação promoção, proteção e apoio, tornam-se visíveis os contornos que a caracterizam como um fato social, cuja historicidade revela o equívoco das formulações políticas que a contemplaram como uma prática natural e possível de resgate.

Almeida e Novak (2004) destacam que essa nova forma de pensar a amamentação é mais abrangente, exigindo que se estabeleça um novo foco sobre a mulher, que não pode continuar a ser tratada como sinônimo de mãe-nutriz, responsável pelo êxito da amamentação e culpada pelo desmame. Há necessidade de se criar um novo modelo que possa responder a essa demanda e que compatibilize os determinantes biológicos com os condicionantes socioculturais, os quais poderão configurar a amamentação como uma categoria híbrida entre a natureza e a cultura.

O Método Canguru é outra estratégia importante para modificar as rotinas hospitalares inadequadas à prática da amamentação. O método visa à humanização do atendimento ao bebê prematuro e de baixo peso, melhorando o vínculo entre mãe e filho, diminuindo o tempo de separação entre os dois, estimulando a prática da amamentação, diminuindo a infecção hospitalar e a permanência do bebê no hospital (ARAÚJO, 2002).

Carvalho (2002) ressalta que, para continuar recuperando a cultura da amamentação, os profissionais de saúde têm que aliar à sua prática o Manejo Clínico da Lactação<sup>2</sup> um conjunto de outras habilidades de caráter técnico (ferramentas do planejamento estratégico) e de caráter político, econômico e sócio-cultural. Esse grupo de conhecimentos e instrumentos é denominado por ele de Manejo Ampliado da Amamentação<sup>3</sup>, que conclama todos a não ter uma atitude apenas reativa: é preciso

---

<sup>2</sup> É um conjunto de conhecimentos, atitudes e práticas recomendadas no apoio, na assistência clínica à dupla amamentar. *Know-how* que um profissional de saúde deve ter para dominar um conjunto de procedimentos tanto preventivos quanto curativos, com uma postura de aconselhamento (CARVALHO, 2002, p. 222).

<sup>3</sup> Pode ser definido como um conjunto de saberes que vão mais além dos conhecimentos biomédicos e clínicos necessários para a atenção às nutrízes e seus lactentes. É a capacitação de uma equipe de técnicos, não apenas do

também promover a prática da amamentação.

A OMS e o UNICEF propuseram aos países que desenvolvessem políticas e programas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno com as seguintes ações estratégicas:

- Apoio (suporte) – consiste em fornecer informação correta e prática no momento oportuno, com uma atitude de aconselhamento, i.é, com suporte emocional e respeitando os valores culturais e o conhecimento da mulher.
- Proteção (defesa) – tem por objetivo assegurar o estabelecimento e o cumprimento de um conjunto de leis que permitam à mulher desfrutar de seu direito de amamentar. Inclui a legalização trabalhista, assim como a implementação de normas nacionais para controlar a publicidade não-ética das indústrias e do comércio de produtos sucedâneos.
- Promoção (incentivo) – tem como propósito criar valores e comportamentos culturais favoráveis à amamentação. Dever-se-ia desenvolver uma rede de comunicação entre todos os atores sociais envolvidos no fomento, utilizando-se técnicas de *marketing* social. As iniciativas de mobilização social, como as do UNICEF, com os Hospitais Amigos da Criança, Unidades Básicas de Saúde Amigas da Amamentação, e da WABA<sup>4</sup> – Word Alliance for Brestfeeding Action, com as Semanas Mundiais de Amamentação, são exemplos de ações de *marketing* social (CARVALHO, 2002, p.226).

Objetivando ampliar o impacto dessas ações, o Manejo Ampliado da Amamentação recomenda agregar mais quatro ações estratégicas, que servem de guia de implementação, propostos pelo *Plan Regional De Acciones Integradas de Promoción, Protección y apoyo da América Latina y Caribe* – OPS/OMS, a saber, coordenação, informação, educação e investigação. (CARVALHO, 2002).

À coordenação (administração) caberia desenvolver uma integração entre os setores da sociedade envolvidos direta ou indiretamente com a amamentação, criando um comitê/comissão que sirva para formular um plano de ação e monitorar a implementação de programas em sua comunidade, município, estado ou país, articular

---

setor saúde, para a promoção, proteção e apoio à amamentação em comunidades ou sociedades (CARVALHO, 2002, p. 223).

<sup>4</sup> Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno é uma rede internacional de organizações e indivíduos que trabalham para que a amamentação seja reconhecida como direito humano e para promover este ato sócio-cultural. Ela está convencida de que para lograr seus objetivos requer-se uma abordagem holística que compreende a ciência e a ética, a teoria e a prática, a política e a ação (CARVALHO, 2002, p. 227).

ações com outros setores da sociedade, fora do setor saúde (comerciantes, empresários, políticos, educadores, dentre outros) e contribuir para o desenvolvimento de políticas nos três níveis do governo.

Caberia à informação (sistema de dados) lograr o acesso e o uso adequado da informação. O propósito é melhorar o uso dos dados para a tomada de decisões mais adequadas em todos os níveis, desde a comunidade até o nível de decisão. Possui como mecanismo fundamental o intercâmbio de experiências programáticas e a divulgação de conhecimentos técnicos através de diferentes meios. Propõe ainda contribuir para o desenvolvimento de uma rede de intercâmbio e de comunicação sobre amamentação para manter atualizados os trabalhadores de saúde e o público em geral.

A educação (capacitação) refere-se à educação formal e informal, tanto do pessoal de saúde como do nível individual (a mulher), familiar, comunidade e sistema escolar. O treinamento sistematizado tem como objetivo assegurar que os promotores de saúde recebam conhecimentos e possuam habilidades necessárias em todos os setores (hospitalar, ambulatorial e comunitário) para poder concretizar atividades que correspondam às políticas nacionais e internacionais de aleitamento materno.

Com relação à investigação (pesquisa), esta se faz necessário para identificar novas técnicas e conhecimentos, provar procedimentos e avaliar práticas. Deve-se dar prioridade aos estudos operativos, principalmente aqueles relacionados à investigação das causas de desmame precoce e aos mecanismos mais eficazes de prover serviços à população. É necessário prover recursos para projetos de pesquisa com a finalidade de revelar novos componentes e impacto do leite materno na saúde dos indivíduos.

Carvalho (2002) reforça que, quando essas ações forem implementadas em seu conjunto e de forma integrada, envolvendo todos os setores da comunidade ou da sociedade, terão seu impacto potencializado. Afirmando ainda que o aleitamento materno não é uma questão simples de ser promovida, porque é um ato complexo, sócio-cultural, não instintivo. Há um conjunto de técnicas de apoio para que seja bem sucedida. Não basta dizer “dê o peito ao seu filho” ou “amamente, é natural”, não se devendo promover apenas o produto – leite da mãe – mas também o ato de amamentar como benéfico para ambos.

A trajetória histórica do aleitamento materno aqui apresentada, deixa claro que

este vem sofrendo diversas influências e ondulações que parecem embutir valores, ideologias, modismos e interesses, notadamente os econômicos, que têm possibilitado períodos de incentivo e desestímulo à amamentação. Ora a mulher é estimulada a amamentar, ora é desestimulada e isto tem criado um descompasso que leva à constante incerteza da posição a ser tomada, não somente pelas mulheres, mas também pelos profissionais de saúde e pela sociedade como um todo.

É necessário estabelecer um novo pensar em aleitamento materno, no qual todos devem ser responsabilizados pela prática da amamentação. A mulher não pode continuar a se sentir culpada e responsável pelo desmame precoce. A família precisa ser inserida nas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Os profissionais de saúde precisam ser capacitados para atuarem junto às mulheres e às famílias, seja nos serviços ambulatoriais, hospitalares, seja nos comunitários. É preciso, acima de tudo, envolvimento político para implantar e implementar ações que promovam, protejam e apoiem o aleitamento materno, sem deixar de considerar os aspectos socioculturais.

## **2.2 Por que promover, proteger e apoiar a amamentação?**

Os números referentes à mediana de amamentação e de aleitamento materno exclusivo no Brasil demonstram a necessidade de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

Giugliani (1994) refere que a promoção do aleitamento materno deve ser vista como uma ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de suas famílias. As estratégias de promoção devem variar de acordo com a população, sua cultura, seus hábitos, suas crenças, sua posição sócio-econômica, dentre outros aspectos.

No entanto, de fundamental importância em qualquer estratégia é a conscientização da importância do aleitamento materno. Para contribuir com essa conscientização entre os profissionais de saúde, a autora mostra evidências

epidemiológicas relacionadas a importância do leite materno para a saúde da criança e da mãe. Enfatiza, ainda, o impacto da amamentação na mortalidade, na morbidade, no estado nutricional das crianças e no espaçamento entre os nascimentos.

Almeida e Novak (2004) compartilham desse pensamento, quando afirmam que um dos possíveis caminhos para rever a base conceitual que dá sustentação ao atual modelo de amamentação consiste em recorrer à literatura científica para responder a uma indagação básica: por que amamentar?

Acrescentam ainda que o conhecimento científico oferece respostas de amplo espectro, que vão desde as propriedades biológicas ímpares do leite humano até as questões de cunho econômico, capazes de causar impacto tanto à família quanto ao Estado. Assim, à luz do conhecimento científico, a resposta para esta pergunta está explícita nas vantagens que a amamentação proporciona para a criança, a mulher, a família e o Estado. Acrescento ainda as vantagens que o amamentar traz para o planeta.

Vários estudos têm demonstrado os benefícios que o aleitamento materno traz para a criança, a mãe, a família, a sociedade, o Estado, o país e o planeta.

O leite materno é um alimento insubstituível e extraordinário que contém nutrientes e enzimas balanceadas, substâncias imunológicas, fator de crescimento epidérmico que se ajustam adequadamente para promover todas as mudanças necessárias na criança. O ato de amamentar transcende o prisma biológico, da promoção nutricional e adaptação da criança, ele supre as necessidades emocionais, tornando a mãe a primeira professora de amor de seus filhos (TERUYA e COUTINHO, 2000).

O leite materno é também considerado a primeira vacina que a criança recebe, sendo capaz de protegê-la de um elevado número de infecções no primeiro ano de vida, devido aos anticorpos que contém e outros componentes imunológicos que conferem função protetora contra vírus, bactérias e parasitos. Protege também contra infecções gastro-intestinais, respiratórias, otite média, sepsis neonatal, infecção urinária e meningites (GIUGLIANI, 1994; TERUYA e COUTINHO, 2000; MÉNDEZ e ROMERO, 2002).

Além de prevenir doenças no início da vida, o leite materno parece reduzir o

risco de certas doenças crônicas ligadas ao sistema imunológico, como doenças autoimunes, doença celíaca, doença de Cronh e colite ulcerativa, diabetes melitus e linfoma, prevenção da osteoporose, doença cardiovascular e obesidade (GIUGLIANI, 1994; TERUYA e COUTINHO, 2000; BRASIL, 2002).

Além de oferecer nutrição adequada e proteção contra infecções, o efeito da amamentação sobre as funções neurológicas e cognitivas é também observado, como melhor maturação visual e habilidade motora, poucos problemas de ordem emocional e de comportamento, menor ocorrência de distúrbios neurológicos e melhores desempenhos em testes de inteligência. Quanto aos aspectos psicológicos, são citados o desenvolvimento do apego, menor índice de rejeição e abandono. Amamentar é dar carinho e proteção, é um ato de amor (GIUGLIANI, 1994; TERUYA e COUTINHO, 2000).

Sabendo que o leite materno fornece nutrientes, confere proteção contra doenças infecciosas, alérgicas e endócrinas, fortalece o laço afetivo entre mãe e filho, entendo que essa criança terá mais chances de percorrer a infância sem transtornos biológicos e psíquicos, tornando-se assim, um adulto saudável, mais confiante e socialmente bem estabelecido, o que o fará chegar a maturidade com um envelhecimento saudável e bem sucedido, pois, além de ter recebido os nutrientes essenciais ao seu crescimento e desenvolvimento físico, recebeu também amor, tudo - é claro - aliado a outras medidas de cunho econômico, social e cultural.

O leite materno, além de proteger a saúde da criança contra infecções e alergias, protege também a saúde da mãe, reduzindo o risco de câncer de mama e de ovário, atua como método contraceptivo, na redução da hemorragia pós-parto, por intermédio da contração uterina, sob a ação da ocitocina, diminuindo a ocorrência de anemias e proporcionando uma sensação de relaxamento, sonolência, bem-estar e euforia, aumentando o limiar para suportar a dor e o cansaço, bem como aumentando o amor pelo bebê. Amamentar também traz tranquilidade para as mães porque as crianças adoecem menos. Muitas mães acham prático amamentar, estando o leite pronto, na temperatura adequada a qualquer hora e lugar. Uma amamentação bem sucedida desperta na mulher um sentimento de profunda ligação com o filho e de realização como mulher e mãe (OMS, 1993; GIUGLIANI, 1994; LANA, 2001; MÉNDEZ e

ROMERO, 2002; PAMPLONA, 2002).

A amamentação, além de trazer vantagens para a saúde da mulher e da criança, também traz vantagens para a família. Concordo com Giugliani (1994) ao relatar que num país onde muitas famílias contam com escassos recursos para o sustento, o fator econômico não pode deixar de ser considerado. Sabemos que amamentar é um barato e é barato, pois não custa nada, é limpo e não contém micróbios, já vem pronto e está na temperatura ideal. Amamentar uma criança no peito é mais barato que alimentá-la com leite artificial.

A autora comenta ainda que pouco se fala sobre o impacto do aleitamento materno na qualidade de vida das crianças e de suas famílias, pois esta é uma variável difícil ou mesmo impossível de ser medida. No entanto, seria fácil imaginar a melhoria da qualidade de vida se as famílias fossem menos numerosas e não tivessem que desviar os seus poucos recursos para comprar leite artificial, se as crianças adoecessem menos e se hospitalizassem menos e se as mulheres se sentissem mais realizadas e pudessem ser poupadas da dor e do trauma da morte de uma criança.

Não há dúvidas de que o aleitamento materno, principalmente o exclusivo até os primeiros seis meses, diminui os custos dos estabelecimentos de saúde e do Estado, ao eliminar os gastos com leites artificiais, mamadeiras, com internações hospitalares de crianças, com a compra de fórmulas lácteas para suprir as necessidades decorrentes da prática do desmame precoce. Ao diminuir o absenteísmo dos pais ao trabalho, automaticamente se tem uma grande economia para o Estado, uma vez que a criança se mantém saudável, não necessitando do afastamento dos mesmos para cuidarem das crianças doentes ou internadas (GIUGLIANI, 2002; RAMOS e ALMEIDA, 2003).

A amamentação também é um ato ecológico.

O leite materno talvez é o único alimento produzido e entregue ao consumidor sem poluir, sem provocar desperdícios e sem precisar de embalagem. Ele é um recurso renovável e extremamente benéfico, do ponto de vista da preservação da natureza (ALBUQUERQUE, 2000, p. 313).

A referida autora afirma ainda que o leite materno é o único alimento produzido e entregue ao consumidor sem poluir o meio ambiente, uma vez que não precisa de

utensílios para ser oferecido, de fogo para ser aquecido, de água para ser preparado, muito pelo contrário, já vem pronto, numa embalagem própria, na temperatura ideal, na quantidade adequada, além de fornecer proteção e carinho, dentre outros benefícios.

Para as indústrias produzirem alimentos infantis, elas promovem a destruição de áreas cobertas com vegetação natural, dependem energia elétrica no processo de fabricação dos alimentos industriais, consomem imenso volume de alumínio, papelão e plástico usados nas embalagens, sem contar com o grande gasto com combustível queimado pelos veículos durante o transporte do leite, ou no preparo do mesmo nos diversos lares com queima de lenha ou uso de gás de cozinha e aumento do consumo de água na preparação das mamadeiras. Enfim, os alimentos artificiais para bebês agredem o meio ambiente, esgotam os recursos naturais não renováveis e provocam danos em cada estágio de sua produção, distribuição e uso (ALBUQUERQUE, 2000), justamente numa época em que precisamos lutar pela preservação de nossa Mãe Natureza<sup>5</sup>.

Apesar das vantagens e dos benefícios da amamentação serem comprovados cientificamente, percebemos que essa prática vem sofrendo diversas influências culturais, econômicas e sociais que proporcionam desestímulos para as mães que desejam amamentar seus filhos, levando ao desmame precoce.

Almeida (2004) questiona o porquê dessa propensão a abandonar uma prática que traz múltiplos benefícios e se mostra inigualável na alimentação de lactentes. Como explicar esse paradoxo? O autor afirma que cada vez mais fica evidente o descompasso entre o avanço do conhecimento científico e a amamentação como prática socialmente instituída, acrescentando ainda que todas as vantagens da amamentação descobertas pela ciência não têm sido suficientes para garantir a introjeção de valores culturais capazes de reverter a presente tendência ao desmame.

Várias pesquisas foram desenvolvidas no Brasil com intuito de desvendar as razões dessa tendência e inúmeras verdades foram construídas, conferindo ao desmame um fator multicausal. Orlandi, citado por Almeida e Novak (2004), apontam que um dos fatores de declínio do aleitamento materno é a mudança na estrutura

---

<sup>5</sup> A mãe natureza deve ser entendida de forma ampla, visualizando o planeta, as espécies e toda a fonte de recursos que devem ser preservados e cuidados por toda a população, incluindo o ser humano que também corre o risco de extinção se não preservar o seu habitat natural, ou seja, a sua casa comum, o planeta terra.

familiar na sociedade moderna, ao afirmar que a jovem mãe não recebe mais o apoio e o incentivo dos parentes mais velhos (avós, tias, irmã e outros), elementos facilitadores do aleitamento materno.

A preocupação com o desmame também é vista na política estatal quando é criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM. As ações desse programa fundamentavam-se em resgatar a prática da amamentação, porém com uma visão restrita ao biológico, além de tratar o ato de amamentar como natural e instintivo, não levando em considerações os aspectos culturais que permeiam esta prática.

Almeida e Novak (2004) ressaltam que a necessidade de rever o modelo de amamentação adotado pela política estatal transformou-se em objeto de estudo para muitos autores, dentre eles Orlandi, que questiona a importância da mulher na promoção da amamentação porque o campo das políticas nem sempre reflete a ótica desse ator social, uma vez que elas não são chamadas a opinar e a decidir na política de aleitamento materno desde o século XVIII.

Poderíamos citar outros estudos espalhados pelos bancos de dados acerca da importância do aleitamento materno e do apoio que a mulher necessita para amamentar seu filho de forma satisfatória, contudo, fica evidente que os profissionais de saúde precisam estar preparados para auxiliar essa mulher. Os familiares precisam ser inseridos nesse cenário e contexto, devendo ser considerados fonte de apoio em quaisquer circunstâncias.

Não há dúvida de que a mulher precisa ser acompanhada e cuidada para que possa desempenhar seu novo papel social de mulher-mãe-nutriz, que os familiares precisam participar desse processo e que as mulheres-avós necessitam ser cuidadas e orientadas sobre o manejo da lactação, para que também possam desempenhar seu papel de mulher-avó, seja o de mãe ou sogra da mulher nutriz. Portanto, convém inseri-la nas ações de promoção do aleitamento materno realizadas nos serviços de pré-natal, alojamento conjunto e serviços de atenção à criança. Porém, isso exige estruturas e profissionais de saúde preparados para atuar efetivamente no apoio à mulher nutriz e à sua família.

### **2.3 Fatores que influenciam a prática do aleitamento materno: encontrando a mulher-avó**

São diversos os fatores que influenciam a prática da amamentação dentre eles podemos desatacar: o apoio dos serviços de saúde, o apoio dos profissionais de saúde, dos familiares, da sociedade, o marketing dos alimentos industrializados, a história e o estado emocional da mulher que amamenta, tabus, crenças, mitos, valores arraigados culturalmente e que são transmitidos de geração a geração determinando assim, o início e a manutenção da amamentação conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde (MARTINS FILHO, 1997; POLI, 2000; BALSAN et al 2001; ARAÚJO, 2002; GIUGLIANI 2002; CARVALHO, 2002).

Todos estes fatores têm contribuído para o desmame precoce e interferido no sucesso da amamentação, exigindo a implementação de ações que auxiliem as famílias a vivenciarem essa prática de maneira tranqüila, ao tempo em que as ajudem a resolver os principais problemas que podem surgir e interferir no processo de amamentação. Almeida (1999) ressalta que é necessário mudar o paradigma de amamentação que norteia as políticas de aleitamento materno, uma vez que se tem priorizado o biológico, sem dar ênfase aos aspectos sociais, políticos e culturais que condicionam a amamentação.

Santos (2002) destaca a necessidade de buscar uma prática não só voltada para o ciclo gravídico puerperal, mas também para a puérpera com suas experiências, suas percepções, suas crenças e sua família, pois a influência de práticas culturais passadas de mãe para filha, através das gerações, é muito marcante nesse período e, muitas vezes, a equipe de enfermagem e outros profissionais de saúde desprezam essas crenças, gerando conflitos.

Em um estudo realizado em Cataluña, ficou evidente que a família tem sido e vem sendo um ponto de referência para ajudar a mulher nutriz a decidir sobre a amamentação, pois as informações recebidas na família são consideradas prioritárias para a tomada de decisão pela amamentação (ABÁS et al, 2001).

Muitas ações em nível de políticas públicas podem contribuir para a melhoria dessa situação, no entanto, faz-se necessário que esforços sejam investidos por parte

dos profissionais de saúde que trabalham diretamente com as mulheres em processo de amamentação. É preciso envolver, ajudar, apoiar e orientar não só as mulheres, mas todos os familiares que participam desse processo direta ou indiretamente e que muito têm a contribuir para auxiliar a mulher nessa fase de sua vida, o de ser mulher, mãe e nutriz.

Apesar do aleitamento materno ser um ato natural e a maioria das mulheres conseguirem amamentar seus filhos sem ajuda, muitas mães, principalmente as primíparas e adolescentes, necessitam de apoio do companheiro, da família e dos profissionais de saúde para terem êxito nesta tarefa (BRASIL, 1995, p.06).

O apoio da família é de suma importância para a prática do aleitamento materno. Venho percebendo, em minha prática profissional, que este é um forte fator que vem influenciando a decisão da mulher de amamentar ou não seu filho. Essa influência pode levar ao sucesso da amamentação ou contribuir para o desmame precoce, podendo vir de qualquer membro da família, mas principalmente das mulheres-avós, que, como parte integrante do sistema familiar, participam ativamente do cuidado aos membros de sua família.

Barreira e Machado (2004) ressaltam que, ao focar a prática da amamentação como um processo susceptível a múltiplas influências, os membros familiares são os responsáveis pela maior parcela de interferência sobre a decisão de amamentar. Forte et al, citados pelas autoras acima referidas, vêm corroborar com elas ao afirmarem que a opinião da família tem ocasionado interferências que levam ao desmame precoce.

A lactação normalmente é estabelecida nas duas primeiras semanas após o parto, momento em que começam a surgir os principais problemas que podem dificultar a amamentação se não forem resolvidos. Este é também um momento em que as nutrizes normalmente só contam com os cuidados recebidos no ambiente familiar. Caso os familiares não estejam sensibilizados e não tenham conhecimentos específicos sobre manejo da lactação para ajudar a puérpera, esta pode desmamar precocemente seu filho. Ainda devemos levar em consideração as transformações que as mulheres nutrizes enfrentam com a maternidade, principalmente no período puerperal, momento em que as mesmas se encontram mais sensíveis e susceptíveis às

influências externas.

Carraro (1999, p. 57) diz que o “puerpério é um tempo de restauração, de mudanças, de encontros, de interação, de troca... É um tempo que traz consigo uma carga cultural, quando várias crenças, costumes e mitos se salientam”.

Carter e McGoldrick (1995) referem que, depois do nascimento do bebê, os três meses seguintes são freqüentemente considerados como parte da gravidez, identificados como o quarto trimestre. Nesse período, ocorrem mudanças endócrinas mais abruptas do que as mudanças hormonais da puberdade e dos ciclos menstruais ou da gravidez, levando a puérpera a experimentar mudanças no afeto e instabilidade que tornam a nova mãe mais vulnerável à resposta de seu marido, da família ampliada e de seu bebê. Às vezes, sentem-se isoladas e sobrecarregadas com a maior complexidade das tarefas e relacionamentos. A depressão pós-parto é um risco nesse período e pode ser avaliada com base no complexo entrelaçamento dos fatores biopsicossociais.

O período puerperal é um momento em que as mulheres nutrizas precisam ser cuidadas. Esses cuidados podem ser oferecidos não só pelos profissionais de saúde, mas, principalmente, pelos familiares. Silva (1996, p. 75) relata que “a família tem sido, através dos tempos, o berço do cuidar humano (...) desde o nascimento até a morte, o cuidado entre seus membros é importante para manutenção da saúde e sobrevivência”. Santos (2003, p. 13) comenta que “é no campo familiar que as pessoas aprendem a desenvolver suas práticas de vida influenciadas por sua cultura”. Mostra que é realmente no convívio familiar que a mulher nutriz encontra apoio, ajuda e cuidado durante o período da amamentação, e que as mulheres-avós, participando desses cuidados, têm um papel relevante, podendo contribuir para a prevalência do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida.

Both apud Silva & Franco (1996, p. 83) afirma que:

no desenvolvimento dos trabalhos com as crianças a mãe se utiliza da ajuda da filha e quando esta tem seus filhos, sua mãe e outras parentes mulheres a ajudam. A rede se completa quando se torna avó e passa a ajudar suas filhas.

Isso as transforma em verdadeiras cuidadoras de seus membros familiares, pois

o ato de cuidar, para elas, é algo natural, que foi sendo incorporado às demais atividades domésticas.

Logo, o cuidado é essencial à sobrevivência do ser humano, ele se encontra no ser humano, e faz parte do seu cotidiano. Então,

cuidar é muito mais do que um ato; é uma atitude (...) abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999, p. 33).

E, na história do cuidado, existem duas figuras que “concentram e irradiam cuidado de maneira privilegiada: nossas mães e as mães de nossas mães, as nossas avós” (BOFF, 1999, p.167) que tão sabiamente transmitem seus conhecimentos, sentimentos, crenças, atitudes e valores, mantendo assim a sobrevivência do ser humano, o que faz crer que a influência delas na prática do aleitamento materno, quando positiva, será indubitavelmente de suma importância para sua manutenção.

Badinter (1985) também corrobora com este pensamento quando afirma que a mãe é a pessoa mais indicada para o ensino da filha no que diz respeito aos cuidados do lar, da família e da procriação. É sua função ensinar-lhe o papel de ser mulher e, no futuro, de ser mãe.

Então, além do apoio, encorajamento e cuidados recebidos pelos profissionais de saúde, as nutrizes necessitam também de cuidados intrafamiliar para amamentar seu filho com sucesso, principalmente, os cuidados que serão oferecidos pelas mulheres-avós que, historicamente, estão presentes em quase todos os nascimentos de seus netos para oferecer ajuda e cuidados à nutriz.

Barreira e Machado (2004) destacam que a família representa o pilar fundamental para ações de saúde e incentivo ao aleitamento materno, pois, com o seu envolvimento nas ações de educação em saúde, é possível fortalecê-la e transformá-la em elemento significativo para a busca de apoio e confiança para o enfrentamento de dificuldades que se apresentam nesse período.

Em sua dissertação de mestrado sobre o processo do aleitamento materno na

perspectiva do cuidado cultural de enfermagem, Poli (2000) relata que o processo de aleitamento materno vivenciado pelo ser mulher é um ato que envolve não apenas a vontade, o desejo e a tomada de decisão da mulher, mas também a revisão de papéis sociais e o equilíbrio da relação familiar, porque a cultura familiar está presente no processo do aleitamento materno, ocorrendo transferência de conhecimentos entre a família e o ser mulher que amamenta, e “neste contexto a mãe ainda exerce a função de eterna orientadora dos atos (tradição), apesar da nutriz ter constituído uma família, pois já vivenciou a maternidade” (ICHISATO e SHIMO, 2001, p.73).

Em outro estudo, Ichisato e Shimo (2002, p. 7) declaram ainda que “o ato de amamentar, seja consciente ou inconsciente, é herdado e influenciado pela família e pelo meio social em que as pessoas vivem (estímulos, cultura, costumes, crenças e tabus).

Poli (2000) entrevistou 12 mulheres que estavam amamentando e o familiar/significante que a estava ajudando no processo de aleitamento materno, sendo, que destes, cinco eram mães de nutrizes e duas eram sogras. A autora também traz relatos de puérperas informando que a sogra incentivou o uso de mamadeira.

Moura (1997) realizou um estudo com o objetivo de verificar a época do desmame parcial e total, bem como causas alegadas para o desmame precoce de lactentes atendidos em ambulatório. Entrevistou 259 mães de crianças de 12 a 24 meses de idade. Ao perguntar sobre o apoio recebido para amamentar no primeiro mês pós-parto, 52,9% das mães referiram ter obtido ajuda das próprias mães ou parentes.

Barreira e Machado (2004) desenvolveram um estudo com o objetivo de compreender a atuação da família no processo de amamentação, utilizando como sujeitos do estudo 10 familiares de nutrizes. Os resultados evidenciaram que mitos, tabus, experiências bem e mal sucedidas e intervenções tanto reforçavam quanto prejudicavam a amamentação. Evidenciaram também que a família é ferramenta importante de interferência sobre a amamentação. Concluíram que cabe ao enfermeiro e aos demais profissionais de saúde utilizar-se da família em prol do aleitamento materno.

Vale salientar que dos entrevistados apontados pela nutriz como o mais próximo, 50% (5) eram mães e 20% (2) eram sogras. Os 30% restantes eram irmãs,

cunhadas e primas.

Isso nos mostra que as avós representam número significativo dentre os familiares que mais cuidam das mulheres em processo de amamentação.

Outros estudos têm demonstrado a influência das avós na prática do aleitamento materno. Alguns apontam que essa influência pode favorecer ou dificultar a prática da amamentação e outros apontam a necessidade de incluir as avós no planejamento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

McLorg e Bryant (1989) realizaram um estudo nos Estados Unidos, evidenciando que as avós maternas eram as pessoas que mais influenciavam na alimentação infantil. Outro estudo também apontou que a avó materna é uma importante fonte de informação para as mulheres cubanas e porto-riquenhas no que se refere ao aleitamento materno (BRYANT, 1982).

Macaulay, Hansusaik e Beauvais (1989), ao realizarem um estudo no Canadá, constataram que as mulheres que recebem apoio de suas mães e do marido e as que já haviam decidido amamentar antes de ficarem grávidas, amamentaram seus filhos por um período mais longo. Um estudo realizado na África evidenciou que as avós eram favoráveis à amamentação exclusiva e achavam nocivo e desnecessário o uso de água, prática esta indicada pelos profissionais de saúde (ALMROTH, MOHALE e LATHAM, 2000).

Giugliani et al (1992), ao realizarem um estudo em Porto Alegre suspeitaram que as avós pudessem influenciar negativamente na duração da amamentação. Andrade (2002) constatou que a prevalência do aleitamento materno exclusivo foi significativamente menor entre as crianças com avós presentes no grupo familiar quando comparadas com as de avós ausentes.

Nitschke (1999), em sua dissertação de mestrado, traz relatos vivenciados pela mesma em que a avó oferece leite artificial ao neto recém-nascido.

Santos e Rodrigues (2003), ao realizarem um estudo sobre a importância do aleitamento materno na visão das mães, constataram que as mulheres apresentavam um bom conhecimento sobre a importância do aleitamento materno, contudo, a maioria delas iniciavam o desmame precoce, por volta do 2º e 4º mês de vida da criança. Dentre os motivos para o desmame verificou-se que as avós influenciavam na

introdução de outros alimentos, o que culminava no desmame precoce.

Balsan et al (2001), em um estudo realizado na Santa Casa de Bagé, utilizaram três pressupostos que surgiram a partir das vivências da prática profissional das autoras, e um deles diz respeito à influência das avós no desmame precoce. Elas afirmam que a influência do *marketing* dos alimentos industrializados, apesar de ser um fator estimulante do desmame precoce, interfere em menor escala se comparado com a influência de avós, tios, vizinhos e experiência anterior da própria mãe com outros filhos.

Martins Filho (1987, p.76) também afirma:

“Os inimigos do aleitamento materno” são pessoas (avós, tias, irmãs, vizinhas, comadres) que não tendo conseguido amamentar no passado, muitas vezes por problemas emocionais e psicológicos, têm participação muito negativa na fase do pós-parto imediato, junto à mãe, emitindo conceitos errôneos, que acabam por aumentar ainda mais as dificuldades.

Susin, Giugliani e Kummer (2005) realizaram em Porto Alegre um estudo prospectivo com 601 mães de recém-nascidos normais. O estudo teve como objetivo verificar a influência das avós na prática do aleitamento materno, este é o primeiro estudo a quantificar a influência de alguns fatores relacionados às avós na prática da amamentação. Os resultados apontaram que o contato não diário com a avó materna foi fator de proteção para a manutenção da amamentação aos seis meses. As autoras concluíram que, as avós podem influenciar negativamente na amamentação, tanto na duração quanto na sua exclusividade e que essa informação pode ser útil no planejamento de estratégias de promoção do aleitamento materno.

Vale salientar que esse estudo revelou que a maioria das mulheres nutrizas tem contato freqüente (no mínimo uma vez por semana) com suas mães (67,9%) e sogras (56,9%), sendo que para quase 40,0% das mulheres nutrizas esse contato é diário com as respectivas mães e 30% com as sogras.

Primo e Caetano (1999), ao realizarem um estudo com o objetivo de interrogar o papel da mãe da nutriz na decisão e/ou manutenção do aleitamento materno de suas filhas, encontraram como resultados que a decisão de sua filha em amamentar está ligada a um ato intrínseco ao papel da mãe, que o amamentar é uma experiência

transmitida de mãe para filha e que é uma tradição familiar e influenciada através do discurso e da ação/apoio. Ao concluir o estudo, elas perceberam o valor que deve ser atribuído às avós como sujeito ator da amamentação que aconselham, apóiam e ajudam de forma concreta e em todos os momentos para verem suas filhas realizadas e felizes com o sucesso no aleitamento materno.

As autoras compreenderam que, durante a criação e educação das filhas, essas mães forneceram subsídios para a prática do aleitamento materno através dos seus exemplos de vida e do modelo de mãe transmitidos de geração a geração, transformando-se e espelhando-se na figura de sua mãe para exercer esse novo papel de ser mãe. Elas consideraram o pré-natal e o puerpério como momentos importantes para a futura mãe, e que toda a família deve participar das atividades que discutem os aspectos referentes ao aleitamento materno, para poderem, desta forma, dissipar mitos e dúvidas que envolvem essa prática, dando, portanto, importância ao apoio e suporte dos familiares para a nutriz e o bebê.

Concluíram que os profissionais de saúde precisam mudar a abordagem que adotam em relação ao aleitamento materno, devendo incluir, no acompanhamento pré-natal e no puerpério, a figura da mãe da nutriz como educadora, incentivadora e espelho de vida para as filhas agora mães, porque, dessa forma, as mães-avós poderão se sentir valorizadas e incentivadas a estar junto de suas filhas, transmitindo-lhes suas experiências e os novos conhecimentos aprendidos durante o contato com o profissional de saúde.

Soifer (1980, p.70) também nos mostra o seguinte:

O conflito pediatra-avó, que às vezes se estabelece com intensidade, seja pela resistência dela às normas científicas, seja pela rudeza do profissional ante os vínculos familiares. O tato e o descortínio psicológico do médico possibilitam superar o conflito e transformar a avó em uma aliada valiosa [...] é preciso salientar que a puérpera necessita de sua mãe e qualquer entrave que se oponha à satisfação desta necessidade pode acarretar um sério conflito consciente ou inconscientemente [...], dentro das limitações impostas pela ciência, a avó deve ser respeitada e estimulada na tarefa de ajudar a puérpera.

Este olhar do pediatra deve ser estendido aos demais profissionais da saúde que

lidam direta ou indiretamente com o binômio mãe/filho e demais familiares em processo de amamentação, especialmente as enfermeiras, que têm um compromisso ético e profissional, devendo possuir competência técnica para isto.

Para Cerveny e Berthoud (2002), os avós poderão vivenciar a avozidade exercendo diferentes funções, podem ser cuidadores da nova geração, orientadores dos jovens pais ou ainda curtirem seus netos. Isto transforma a vida dos avós que passam a assumir um novo papel, o de serem pais-avós.

Carter e McGoldrick (1995, p. 274) trazem em seu livro o seguinte relato de Margarete Mead *“Eu nunca havia pensado em como era estranho ser envolvida, à distância, no nascimento de um descendente biológico...o extraordinário sentimento de ter sido transformada não por um ato próprio mas pelo ato de um filho”*.

Então, a condição de avô/avó pode oferecer um novo arrendamento de vida, satisfazer o desejo de sobreviver, auxiliando na aceitação da própria mortalidade. É certo também que, na presença de um (a) avô (ó), o passado e o futuro se fundem no presente momento em que a condição de avós estimula a revivescência das próprias experiências anteriores de criação dos filhos (CARTER e MCGOLDRICK, 1995).

Cerveny e Berthoud (2002) referem que, diante dos novos papéis assumidos e da nova realidade que agora desponta, pode surgir sentimentos de fragilidade ou vitalidade para os avós. Os sentimentos de vitalidade podem ter como componentes um senso de vitalidade e de energia experienciado pelos novos avós, assim como o sentimento de ser útil ao filho e ao neto. Traz também a possibilidade de reviver o sentimento parental, como todas as emoções de “ser pai ou mãe duas vezes” e sentir-se realizado com isso.

O ganho do papel de avós pode trazer o sentido da sobrevivência enquanto espécie e de continuidade por meio da família. Criar netos revive os modelos de criação dos filhos, incorporando dados, em geral positivos, pelo menor grau de autoridade do papel e maior expansão de carinho e afeto genuínos. O caráter trigeracional na relação entre avós, filhos e netos pode ser marcado por conflitos, que se resolvidos, poderão propiciar saltos de qualidades nas relações familiares. O encontro de avós, filhos e netos significa um momento vivo e dinâmico do Ciclo Vital (CERVENY E BERTHOUD, 1997, p. 127).

Refletir sobre essas questões nos leva a buscar novas maneiras de ver e cuidar da família, principalmente a que está vivenciando e experienciado o processo de amamentação, uma vez que esse momento deve ser vivenciado por todos os membros e não apenas pela mulher que amamenta. Esta precisa de uma rede social de apoio para que a amamentação seja vivenciada de forma tranqüila e consiga ser estabelecida conforme o preconizado pela Organização Mundial de Saúde, o de ser exclusivo até os seis meses de vida do bebê, continuando até os 2 anos ou mais. Contudo, como percebemos, isto somente será possível se a mulher-mãe-nutriz receber suporte da rede social de apoio, principalmente dos familiares, que também precisam ser incentivados, educados e cuidados pelos profissionais da saúde, principalmente pela enfermeira, seja na comunidade, seja na rede básica de saúde ou na rede hospitalar.

#### **2.4 A Enfermagem e o cuidado às famílias em processo de amamentação: um olhar para a mulher-avó**

O indivíduo, a família e a comunidade são focos de atuação da enfermagem, porém a prática para cuidar da família ainda perpassa por uma série de incertezas. Existe uma dificuldade de entender se, ao cuidarmos da família, estamos cuidando dos membros ou se, ao cuidarmos dos membros, estamos cuidando da família, levando as enfermeiras a diversos questionamentos sobre o cuidado da família.

O cuidado existe desde os primórdios da civilização. O ato de cuidar sempre esteve presente na existência do ser humano, perpassando por todas as etapas de seu ciclo vital, desde a sua concepção até a morte, seja nos processos de ser saudável, no processo de adoecimento ou no processo do morrer. Para Collière (1999, p. 235), “cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, antes de tudo, um ato de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar e reproduzir-se”.

Waldow (1989, p. 127) defende:

o cuidar como comportamento e ações, que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. O cuidado seria então o fenômeno resultante do processo de cuidar.

Waldow (2004) refere também que o cuidado envolve responsabilidade, compromisso, envolvimento com o seu próprio ser, com o outro e com o universo. O cuidado transforma ambientes, humaniza relações, sensibiliza o humano de cada um e nos potencializa para ajudar os outros e a nós próprios, contribuindo para um mundo melhor, mais saudável e mais ético.

Sendo o cuidado a essência da enfermagem e sendo a enfermeira integrante e coordenadora da equipe de enfermagem, cabe, portanto, a esta empreender esforços para manter ou melhorar a condição de saúde da população, a começar pelo cuidado a ser dispensado às famílias como um todo.

Para tanto, a enfermeira precisa de uma série de conhecimentos para tecer um olhar à família. Ela precisa, antes de tudo, conhecer a família para depois entender as partes. É preciso olhar o todo – o contexto familiar e os fatores que circundam as experiências e vivências da família, para, a partir daí, direcionar seu olhar para as partes, olhando para cada um de seus membros e para cada situação vivenciada com suas crenças, mitos, tabus e seus valores culturais, sem, contudo, perder a visão do todo.

Gomes e Filho (2000) acrescentam que a família como unidade de cuidado é, ao mesmo tempo, aquela que cuida e deve ser cuidada e o papel da enfermagem, nesse sentido, vai além de cuidá-la para capacitá-la e potencializá-la para assumir o papel de cuidadora.

Os familiares sentem-se mais valorizados quando são inseridos na assistência de enfermagem, participam de forma mais ativa e se tornam mais comprometidos com a assistência que dispensam aos membros, ao mesmo tempo em que se tornam mais críticos em relação ao cuidado que deve ser desenvolvido.

O envolvimento das famílias é fundamental para enfrentar o período do ciclo de

vida familiar em que ocorre o nascimento de um novo ser no seu processo de viver. É um momento de muitas dúvidas e conflitos. Toda a família volta o olhar para o recém-nascido com suas necessidades de proteção e nutrição. As mães-nutrizes dispensam cuidados ao pequeno ser. As mulheres-avós auxiliam nos cuidados a serem dispensados ao binômio mãe-filho, bem como aos demais membros da família. Auxiliam também na resolução dos problemas biológicos e psicológicos que surgem no processo de amamentação, porém, muitas vezes, esses cuidados ainda são permeados por crenças e tabus que ao invés de auxiliar o processo de amamentação, terminam por interferir de forma a desestimular essa prática, culminando, certas vezes, com o desmame precoce.

Neste momento a enfermeira precisa conhecer o significado que a amamentação tem para as mulheres-avós, assim como suas crenças, tabus e valores atribuídos a este processo para ajudá-las a cuidar de suas filhas, noras e netos em processo de amamentação.

As mulheres-avós muitas vezes precisam ser apoiadas, cuidadas e incentivadas a participar do processo de amamentação, exercendo o seu papel de mulher-avó e cuidadora dos membros de sua família. Elas precisam aprender a resolver e prevenir os problemas que dificultam a amamentação e que, frequentemente levam ao desmame precoce.

As ações a serem empreendidas para promover, proteger e apoiar o início e a manutenção da amamentação são simples e devem ser implementadas no período pré-natal, no puerpério imediato, no período neonatal até os seis primeiros meses de vida da criança.

As experiências dos profissionais de saúde demonstram que o primeiro mês de vida das crianças é o período mais crítico e que as duas primeiras semanas de puerpério é o momento em que surgem os problemas mais frequentes relacionados à amamentação.

Giugliani (2000) vem corroborar com esta afirmação quando afirma que os primeiros 14 dias após o parto são cruciais para a manutenção da amamentação bem sucedida, pois é nesse período que a lactação se estabelece, além de ser um período de intensa aprendizagem para a mãe e o bebê.

Gonçalves et al (2003) ressaltam que a mãe que amamenta o filho até o final do primeiro mês, e a experiência lhe é agradável, aumenta a possibilidade de manter o aleitamento por mais tempo. Esta informação é útil para os profissionais que trabalham nessa área, porque durante esse período é preciso que haja algum profissional da área de saúde disponível para atender às mães, ajudando-as a vencer as dificuldades. É necessário que as mães sejam vistas com periodicidade mais curta e que os familiares participem desse atendimento, assumindo o papel de suporte para a mulher-nutriz, servindo-lhe de apoio. É preciso envolvê-los nestes cuidados.

Cabe aos profissionais de saúde desempenhar um papel fundamental na assistência à mulher lactente. Para que esse papel seja cumprido, é necessário que a enfermeira e os demais profissionais de saúde tenham conhecimentos e habilidades para orientar adequadamente o manejo da lactação. Uma boa atuação do profissional de saúde no sentido de promover, proteger e apoiar a amamentação requer não apenas conhecimentos sobre aleitamento materno, mas também habilidades clínicas e de aconselhamento (GIUGLIANI, 2000; TAMAZ, 2002).

O aconselhamento em amamentação implica em ajudar a mulher a tomar decisões de forma empática, saber ouvir e aprender, desenvolver a confiança e dar apoio. Algumas técnicas e atitudes facilitam o aconselhamento, a saber: utilizar a comunicação não verbal (o sorrir, balançar a cabeça afirmativamente, o tocar), prestar atenção, o ouvir atentamente; fazer perguntas abertas, dando tempo para a puérpera se expressar; utilizar-se de empatia; não usar palavras que soem como julgamento; aceitar os sentimentos e as opiniões das mães, sem precisar discordar ou concordar com o que ela pensa; reconhecer e elogiar a mãe pelo que ela estiver fazendo corretamente; encorajar a mãe a manter práticas saudáveis; fornecer poucas informações em cada aconselhamento; utilizar uma linguagem simples e acessível ao nível da mãe; informar sobre todos os procedimentos e condutas e dar sugestões ao invés de ordens (WHO/UNICEF, 1993). Essas técnicas e habilidades são apresentadas aos profissionais de saúde em um curso de aconselhamento em amamentação.

O curso de treinamento em aconselhamento em amamentação vem sendo oferecido aos profissionais de saúde pelo Ministério da Saúde em parceria com as Secretárias Estaduais de Saúde. É um curso com uma carga horária de 40 horas,

distribuídas em bloco teórico e prático que muito tem contribuído para a qualificação dos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados ao binômio mãe-filho. Esse curso capacita o profissional de saúde a cuidar da mulher no ciclo gravídico puerperal, contém informações importantes para auxiliar a mulher no manejo da lactação.

Acredito que boa parte dessas informações podem ser direcionadas também aos familiares da nutriz, especialmente as mulheres-avós, uma vez que este curso foi idealizando para dar apoio e confiança à mulher-nutriz, e ninguém melhor que as mães e sogras para dar esse apoio e confiança quando estas mulheres retornam ao convívio familiar.

As mulheres-avós têm interesse em participar dos cuidados às suas filhas, noras e netos em processo de amamentação. As enfermeiras, por outro lado, precisam investir na parceria com os familiares com o intuito de compartilhar conhecimentos, práticas e recursos e, assim, desempenhar seu papel de cuidadora, ao mesmo tempo em que auxiliam a família no papel de cuidadora de seus membros e, com certeza, nesse momento, as mulheres-avós possuem papel de destaque.

Tamaz (2002) diz que, na primeira visita pré-natal, além da anamnese e do exame físico da gestante e solicitação dos exames laboratoriais, este é um o momento oportuno para avaliação da predisposição emocional da gestante e de seu parceiro para a lactação, colhendo informações sobre atitudes, temores e experiências em gestações anteriores como também a oportunidade de observar a amamentação no seu círculo familiar. Ressalta ainda a importância de se avaliar o sistema de suporte dessa gestante, como familiares e amigos mais chegados, averiguando como estes percebem o aleitamento materno, pois eles influenciarão grandemente na incidência e sucesso do aleitamento materno. É importante também a distribuição de material educativo, não somente para a gestante, mas também para a rede social de apoio, incluindo aí as mulheres-avós.

Tamaz (2002) ainda traz importantes contribuições da enfermeira nos cuidados às mulheres nutrizas, ressaltando a importância das ações educativas no pré-natal e puerpério, a importância do acompanhamento no puerpério imediato, momento em que a enfermeira deve estabelecer uma parceria de confiança com a mãe, ajudando-a a aumentar a sua auto-estima e a confiança no ato de amamentar, para que se torne

independente no cuidado do bebê.

Aborda também a importância do papel da enfermeira no acompanhamento pós-alta, quando a implementação de visitas domiciliares é importante para assegurar uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domiciliar, ressaltando que a visita domiciliar é uma grande oportunidade para instruir e educar a puérpera e sua família. Ressalta ainda a importância dos grupos de apoio à amamentação, tanto no período pré-natal como no pós-parto, o que contribuiria para o sucesso da prática do aleitamento materno.

À luz da literatura, muitos estudos demonstraram a importância do papel da enfermeira no cuidado ao binômio mãe-filho em processo de amamentação, no entanto, no que tange ao envolvimento da enfermeira nos cuidados às mulheres-avós que cuidam de suas filhas, noras e netos em processo de amamentação, nada foi evidenciado.

Giugliani (2005) ressalta que o profissional de saúde deve pensar na influência negativa das avós ao planejar estratégias de promoção do aleitamento materno. Já Primo e Caetano (1999) enfatizam a importância de incluir a figura da mãe da nutriz no acompanhamento pré-natal e no puerpério como educadora e incentivadora das ações do aleitamento materno. Elas acreditam que desta forma, se sentiriam valorizadas e incentivadas a transmitir suas experiências e os novos conhecimentos aprendidos com o profissional de saúde, atribuindo-lhes um grande valor no incentivo ao aleitamento materno.

Entretanto, nenhuma das autoras descreveu como essa inclusão deve ser realizada. A literatura não revela a real importância do papel da mulher-avó na atuação junto à filha, nora, neta e ao neto no início e continuidade da amamentação.

Acredito que a enfermeira precisa não somente envolver as mulheres-avós nas atividades educativas sobre aleitamento materno, mas, antes de tudo, implementar estratégias de cuidados junto às mulheres-avós para que as mesmas promovam, protejam e apoiem o aleitamento materno ao cuidarem de filhas, noras, netas e netos em processo de amamentação, sem, contudo, deixar de tangenciar seu olhar para o todo, o contexto familiar e toda sua rede social de apoio.

Wright e Leahey (2002) afirmam que a enfermagem tem compromisso e

obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde de seus membros. Mas, para isso, o cuidado só poderá ser conquistado com responsabilidade e respeito, através de uma prática de avaliação e intervenção confiável, na qual o enfoque deve ser a reciprocidade entre paciente, família e a enfermeira.

E para essa tão importante e fundamental missão, nós, profissionais de saúde, estamos muito mal preparados. Atendemos, acompanhamos e atuamos de forma segmentada, cindida. Enquanto alguns tratam o ventre grávido, outros tratam do bebê e outros eventualmente dos problemas psicológicos do indivíduo, do casal, da família ou do pobre bebê. Nós da área de saúde, ainda não aprendemos a atender o ser humano de forma integrada. Por incapacidade nossa de compreendê-lo, tivemos que cindi-lo para tentar estudá-la, e em decorrência dessa imprudência parece que por décadas temos tentado, sem sucesso, reunir esse Homem novamente. (CERVENY e BERTHOUD, 2002, p. 66).

As enfermeiras precisam realizar uma avaliação familiar eficiente, precisam adquirir conhecimentos e habilidades de intervenção a fim de cuidarem das famílias e não apenas de seus membros de forma isolada. Faz-se necessário tangenciar um olhar para o todo e não para suas partes de forma isolada, olhar para o contexto e não para um momento isolado, olhar para todos os fatores que influenciam a prática do aleitamento materno e não apenas para um único fator. É preciso cuidar de forma integral e não de forma isolada porque o ser humano não é compartimentado, ele é total, devendo ser olhando sob todos os fatores: biológico, social, econômico, psicológico e principalmente o cultural. Sem esse olhar, a enfermeira não poderá desempenhar o seu papel de cuidadora.



*“Evitamos muitos erros quando temos a humildade de aprender da experiência dos outros”.*

*Frei Anselmo Fracasso*

**REFERENCIAL TEÓRICO**

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para direcionar um estudo, faz-se necessário determinar um referencial teórico a ser utilizado, uma vez que o mesmo servirá para desenvolver e organizar o corpo de conhecimento, conferindo dessa forma, cientificidade à pesquisa e à prática.

Gonçalves e Neves (1984, p.210) afirmam:

O marco teórico consiste na ligação entre teoria e pesquisa, a partir da análise do corpo de conhecimentos existentes, em determinada área-problema, e da seleção de conceitos ou proposições de uma teoria para testagem na prática da pesquisa, ou da exploração de conceitos visando a formulação de proposições.

O referencial teórico ou marco teórico direciona um estudo. Trentini e Paim (2004) ressaltam que o referencial teórico ou marco teórico de uma pesquisa está para o pesquisador como o mapa está para o viajante no lugar desconhecido. Este deve consistir de uma abordagem que dê sustentação à formulação do problema de pesquisa e à interpretação, análise e discussão dos achados. Souza, citada por Nitschke (1991), afirma que, no campo da prática, o marco conceitual atua como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o cliente, proporcionando uma organização para a reflexão e interpretação do que é vivenciado.

Então, “o elo teoria-prática-pesquisa se consolida na definição do marco teórico. Este, ao mesmo tempo em que direciona a prática, proporciona fundamentação para a pesquisa que por sua vez aprimora ou refuta a teoria, fundamentando cada vez mais a prática” (GONÇALVES e NEVES, 1984, p. 210).

Para desenvolver este estudo, selecionei o Interacionismo Simbólico para fundamentá-lo, isto porque, creio eu, é necessário conhecer as percepções das mulheres-avós acerca da prática do aleitamento materno, bem como suas crenças e valores culturais, ou seja, o significado que a amamentação tem para elas. Acredito que a interação foi o ponto chave deste estudo. Interação essa entendida “como as

relações existentes entre os seres humanos, podendo estas ser positivas ou negativas”, como bem afirma Nitschke (1991, p.15).

### **3.1 Interacionismo Simbólico**

Embora o Interacionismo Simbólico não seja uma teoria específica da enfermagem, vem sendo utilizada, em nosso país, por diversos autores desta área, como: Elsen (1984), Nitschke (1991), Silva (1997), Centa (1999), Biemann (1999), Ribeiro (1999), Althoff (2001), Bousso e Ângelo (2001), Tholl (2002), Silva (2002), Renck (2003), dentre outros.

O Interacionismo Simbólico é uma perspectiva teórica da ciência, formada por um conjunto de idéias sobre a natureza das pessoas e a sociedade, com o foco na interação humana. Acredita-se que é através do processo de interação que os seres humanos formam os significados. Os seres humanos agem em relação às pessoas e às coisas com base nos significados que elas têm para eles. O Interacionismo Simbólico propõe uma base para o entendimento do significado na interação entre os seres humanos (ALTHOFF, 2001, p. 43).

Neste estudo, fez-se necessário compreender o significado da amamentação para as mulheres-avós, o que facilitou entender como estava ocorrendo a interação das mesmas com noras, filhas, netas, netos, filhos e genro em processo de amamentação quando exerciam o cuidado intrafamiliar. Além disso, deu suporte para a enfermeira implementar o cuidado a essas mulheres-avós com base nos significados que as mesmas atribuíam à amamentação.

Autores como Blumer (1969), Mead (1972), Littlejohn (1982) e Haguette (1992) disseminaram muito bem a trajetória histórica do Interacionismo Simbólico.

Althoff (2001) coloca que para entender o Interacionismo Simbólico, faz-se necessário voltar à sua origem histórica, apontando algumas idéias dos pensadores que influenciaram o seu desenvolvimento. Segundo Mora, citado por Althoff (2001), o

Interacionismo Simbólico tem sua origem fundamentada no pragmatismo<sup>6</sup>, um movimento histórico que surgiu no final do século XIX e início do século XX em diversos países, especialmente nos Estados Unidos. Desse chamado pragmatismo, estão as idéias dos pensadores como Charles S. Peirce (1839–1914), William James (1842–1910), Wiliam Thomas (1863– 1947), John Dewey (1859–1952) e George Herbert Mead (1863–1931), que exerceram uma grande influência no Interacionismo Simbólico.

A escola da interação simbólica se reporta em origem a clássicos da sociologia do fim do século XIX, tais como Charles Horton Cooley (1864-1929), W. I. Thomas (1863-1947) e George Herbert Mead (1863-1931), embora o termo Interacionismo Simbólico tenha sido cunhado por Herbert Blumer em 1937. Estes autores tinham como pontos comuns as concepções da sociedade como um processo, do indivíduo e da sociedade inter-relacionados e do aspecto subjetivo do comportamento humano como uma parte necessária no processo de formação e manutenção dinâmica do *self* social e do grupo social (HAGUETTE, 1992).

George Herbert Mead foi o grande instigador do Interacionismo Simbólico, o gerador primordial do movimento, chamado o pai do Interacionismo Simbólico. Mead foi membro do grupo de pensadores da escola de Chicago, amigo e colaborador de Dewey, um dos principais pragmáticos norte americanos (LITTELEJOHN, 1982). Além de se inspirar no pensamento pragmático, ele também se inspirou na perspectiva naturalística de Charles Darwin (o ser humano deve ser considerado como parte da natureza e em constante mudança) e nas idéias do behaviorismo.

Mead não publicou uma obra completa e sistemática sobre sua teoria, suas idéias foram organizadas, editadas e publicadas após sua morte (1931). Seu sistema de psicologia social, entretanto, é apresentado de forma completa em *Mind, Self and*

---

<sup>6</sup> O pragmatismo é um método capaz de encaminhar a compreensão de problemas de natureza científica e filosófica, de reconstrução e de explicação dos significados dos conceitos pouco claros. (PEIRCE apud ALTHOFF, 2001, p. 44). Já William James, citado pela mesma autora, declarou que o termo pragmatismo deriva da mesma palavra grega *pragma*, que significa ação, da qual vêm as nossas palavras “prática” e “prático”. Para William James, o pragmatismo é somente um método que exprime uma atitude de orientação, a atitude de olhar além das primeiras coisas, dos princípios, das categorias, das supostas necessidades; e de procurar pelas últimas coisas, frutos, conseqüências, fatos. James queria dar um sentido mais amplo do que o apresentado por Peirce, considerando o pragmatismo não apenas como um método de determinação de significados, mas também como uma nova teoria da verdade. É algo essencialmente aberto e em constante movimento, que pode ser obtida entre uma idéia e seu objeto (p. 44-45).

*Society* (1934), um dos mais importantes livros na área da interação simbólica, no qual o autor explora não somente a complexa relação entre a sociedade e o indivíduo, como expõe a gênese do *self*, o desenvolvimento de símbolos significantes e o processo de comportamento da mente (HAGUETTE, 1992).

Os três conceitos cardeais da teoria de Mead, expressos no título de seu livro mais celebre: *Sociedade, Self e Mente*, não são categorias distintas, pelo contrário, são ênfases diferentes sobre o mesmo processo: o ato social, concebido não só como o comportamento observável, como também a atividade encoberta do ato. O ato social é a unidade básica de análise, uma relação triádica que consiste num gesto inicial de um indivíduo (encoberta ou abertamente) e uma resultante do ato, a qual é percebida ou imaginada por ambas as partes na interação (LITTELEJOHN, 1982; HAGUETTE, 1992).

A sociedade é referida por Mead (1972) como o processo social que precede a mente e o *self*. A atividade grupal baseia-se no comportamento cooperativo por parte dos membros da sociedade, sendo que a cooperação entre seres humanos surge quando cada ator individual percebe a intenção dos atos dos outros e, então, constrói sua própria resposta baseada naquela intenção. Assim, a cooperação consiste em entender as linhas de ação do outro, para que possa direcionar seu próprio comportamento a fim de acomodar-se àquelas linhas de ação. O comportamento humano não é uma questão de resposta direta às atividades dos outros, mas envolve uma resposta às intenções dos outros. Tais intenções são transmitidas através de gestos que se tornam simbólicos, passíveis de serem interpretados. Quando os gestos adquirem um sentido comum, como um elemento lingüístico, podem ser designados “símbolos significantes” (LITTELEJOHN, 1982; HAGUETTE, 1992).

Os gestos constituem o mecanismo básico do ato social. Neste sentido os gestos são símbolos, uma vez que, indicam, significam e provocam, ações adequadas nas etapas ulteriores do ato do qual são os primeiros fragmentos, e, secundariamente, adequadas aos objetos envolvidos em tais atos. Pode-se dizer que os gestos têm significados, a saber, significam as etapas posteriores do ato que se efetua e, secundariamente, os objetos envolvidos: o punho cerrado significa o golpe, a mão estendida significa o objeto que se trata de tomar. Tais significados não são subjetivos,

nem privados, nem mentais, mas estão objetivamente na situação social. Quando o gesto representa a idéia que se tem detrás dele e provoca essa idéia no outro indivíduo, então teremos um símbolo significante (MEAD, 1972).

Mead (1972) afirma que o ser humano possui um *self*, ou seja, da mesma forma que o indivíduo age socialmente em relação às outras pessoas, ele interage socialmente consigo mesmo, podendo tornar-se objeto de suas próprias ações. A formação do *self*, assim como a dos atos tem fundamentação social, entretanto, nem um nem outro são estáticos. O *self* representa um processo social no interior do indivíduo, envolvendo duas fases distintas: o “eu” e o “mim”. O “eu” é a reação do organismo às atitudes dos outros; o “mim” é a série de atitudes organizadas dos outros que a pessoa assume. O “eu” é a parte impulsiva, espontânea, desorganizada e imprevisível da pessoa. O “mim” é a presença de atitudes organizadas, compreensões e expectativas. O “mim” representa o outro generalizado, que é a comunidade ou grupo social organizado que proporciona a pessoa sua unidade de *self*. O “eu” dá a propulsão ao ato e provoca o “mim” que, por sua vez, dá direção ao ato, ou seja, o “eu” provoca o “mim” ao mesmo tempo em que reage a ele.

A mente é um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo próprio usando símbolos significantes. Ela é parte fundamental do processo social, surge e se desenvolve na conversa interna da pessoa consigo mesma. O sistema nervoso central é o aspecto biológico importante para o desenvolvimento da mente, mas a existência da mente somente é possível em indivíduos humanos através dos processos sociais de experiência e comportamentos, dentro de uma matriz de relações sociais e interações. O cérebro é necessário para o surgimento da mente, mas sozinho não faz a mente. É a sociedade-interação social que, usando os cérebros, forma a mente (MEAD, 1972; HAGUETTE, 1992).

O ambiente também faz parte do processo de interação, sendo considerado um dos elementos centrais do Interacionismo Simbólico. Compartilhando símbolos comuns, os seres humanos podem adaptar-se e sobreviver em seu ambiente, podendo este, tanto ser físico, quanto simbólico, a partir dos quais adquire um conjunto complexo de símbolos que possuem significados comuns. É o ser humano que decide o que deve ou não fazer com base nos símbolos apreendidos na interação com outros e

nas suas crenças sobre a importância desses significados, respondendo a um ambiente que é mediado através do processo simbólico, designado ambiente simbólico. Dessa maneira, o comportamento do ser humano é influenciado pelo significado dos símbolos (MAURIN, BURR et al e MERCER citados por ALTHOFF, 2001).

Acredito também que o ambiente faz parte do processo de interação e considero-o um componente importante a ser destacado. Esta pesquisa foi desenvolvida primeiramente no ambiente hospitalar e posteriormente no ambiente familiar, locais onde aconteceu todo o processo de interação, este designado como ambiente físico. Quando a família compartilhou os símbolos comuns sobre amamentação, a mesma pode adaptar-se, vivendo de forma cooperativa, interativa e mais harmoniosa, sendo que, para isto, a relação com o ambiente simbólico foi fundamental.

Segundo Littejohn (1982, p. 71),

Mead viu a pessoa como um organismo biologicamente avançado, com um cérebro capaz de pensamento racional. Através do uso de gestos significativos e da adoção de papéis, a pessoa torna-se um objeto para si mesma, isto é, ela vê-se como os outros a vêem. A pessoa internaliza essa visão geral do eu e comporta-se coerentemente com tal visão. Através do processo de reflexão mental, a pessoa planeja e repete mentalmente o comportamento simbólico, preparando-se para a subsequente interação com os outros.

Althoff (2001, p. 56) afirma que “o foco do Interacionismo está na geração do significado, no processo pelo qual o significado é construído através da interação”, mostrando que, muitas vezes, é necessário percorrer um ciclo de construção-desconstrução-reconstrução da realidade.

Então, foi preciso mergulhar nos significados da amamentação para as mulheres-avós, o que facilitou o repensar, o ressignificar e o refletir junto com as mesmas a busca de maneiras de cuidar de noras, filha, neto e netas em processo de amamentação, resultando na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno quando exerceram o cuidado intrafamiliar, contribuindo, dessa forma, para reduzir o desmame precoce ao colaborar com o aumento do índice de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, o que leva à melhoria da qualidade de vida

das crianças e futuramente dos adultos, pois o aleitamento materno, quando utilizado, é um dos cuidados primordiais para alcançá-la.

O Interacionismo Simbólico permitiu descobrir, perceber e compreender a diversidade de ações que envolvem o cuidado das mulheres-avós às noras, filha, neto, netas, filho e genro em processo de amamentação, uma vez que, ao conhecer os significados, foi possível prever como se daria a interação entre elas.

A Teoria do Interacionismo Simbólico funcionou como guia para estudar estas questões, uma vez que o tema incluiu as interações familiares da mãe com a filha, da sogra com a nora, da mãe com o recém-nascido, da mulher-avó com o recém-nascido, da enfermeira com os envolvidos no estudo e destes com a enfermeira, abrangendo as questões biológicas, sociais, econômicas, afetivas e culturais que permeiam todo o processo do aleitamento materno.

### **3.2 Pressupostos do Interacionismo Simbólico**

O mais destacado discípulo de Mead foi Herbert Blumer, o qual criou a expressão Interacionismo Simbólico em 1973. Em sua mais importante publicação, *Symbolic Interactionism, Perspective and Method* em 1969, ele representa com clareza os pressupostos básicos da abordagem interacionista.

Segundo Blumer (1969), são três as premissas básicas do Interacionismo Simbólico:

\* O ser humano age com relação às coisas na base dos sentidos que elas têm para ele. Essas coisas incluem todos os objetos físicos, outros seres humanos, categorias de seres humanos (amigos ou inimigos), instituições, idéias valorizadas (honestidade), atividades dos outros e outras situações que o indivíduo encontra na sua vida cotidiana.

\* O sentido dessas coisas é derivado, ou surge, da interação social que alguém estabelece com seus companheiros.

\* Esses sentidos são modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao tratar as coisas que ela encontra.

O Interacionismo Simbólico dá muita importância ao sentido que as coisas têm para o comportamento humano, sendo que ele concebe esse sentido como emergindo do processo de interação entre as pessoas, e não como algo intrínseco ao ser. A utilização dos sentidos envolve um processo interpretativo de duas etapas: primeiro o ator aponta para si as coisas que têm sentido, depois ele interpreta os seus sentimentos ao selecionar, checar, suspender, reagrupar e transformar os sentidos à luz da situação na qual ele está colocado e da direção de sua ação. (HAGUETTE, 1992).

Foi baseada nestas premissas que busquei primeiro conhecer o significado que a amamentação tem para as mulheres-avós, para, em seguida, compreender como elas interagiram no cotidiano com noras, filha, neto e netas, ao exercerem cuidados intrafamiliar às mesmas, quando em processo de amamentação, sendo que foi necessário a reconstrução de alguns significados a partir das interações de negociação, através do processo interpretativo usado pelas mulheres-avós e pela enfermeira ao tratar das questões relacionadas a esta prática.

### **3.3 Pressupostos Pessoais**

Apresento alguns pressupostos pessoais que também deram sustentação a este estudo. São eles:

- A amamentação não é instintiva. Ela é determinada pela natureza biológica, econômica, social e cultural. É permeada por crenças, valores e tabus provenientes da interação social entre os indivíduos, portanto, as nutrizes precisam de cuidados e apoio para amamentarem seus filhos e filhas com sucesso.
- Devido à fragilidade emocional que enfrenta no período puerperal, a puérpera é facilmente influenciada quanto aos cuidados com recém-nascido, especialmente aqueles relativos à alimentação.
- As mulheres-avós são pessoas significativas no ambiente familiar e estão

presentes em quase todos os nascimentos da família. Elas têm papel importante na prática do aleitamento materno e exercem influência sobre suas filhas e noras em processo de amamentação com base nos significados que o aleitamento materno tem para elas. Esses significados são derivados, ou surgem, da interação social que elas estabeleceram durante a experiência e/ou vivência com a prática do aleitamento materno no contexto histórico vivido pelas mesmas.

- As mulheres-avós têm a capacidade de construir-desconstruir-reconstruir significados sobre a amamentação através da interação com outras pessoas, especialmente com os membros da família e com a enfermagem.
- A enfermagem precisa compreender os significados que as mulheres-avós atribuem ao aleitamento materno, discutindo com as mesmas, a partir das interações, os cuidados a serem dispensados à mulher nutriz no cotidiano familiar.
- É preciso aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e continuado por dois anos ou mais, complementado com outros alimentos próprios para a idade, conforme recomendado pelo OMS (2001), o que contribuirá para a diminuição dos índices de morbimortalidade infantil.

### **3.4 Conceitos**

Conceitos são representações mentais de determinadas realidades: mentais, porque não é a realidade em si mesma, mas uma imagem dela. São abstrações de realidades, embora a realidade seja concreta, o conceito que a representa é sempre abstrato. Os conceitos podem modificar-se, podem desaparecer e novos conceitos podem emergir (TRENTINI e PAIM, 2004).

Para nortear este estudo, utilizei os seguintes conceitos: interação simbólica, ser humano, sociedade, processo de aleitamento materno, cotidiano, enfermagem/enfermeira e o cuidado, família, posição, papel, processo de viver saudável, ambiente simbólico e definição de situação.

### **INTERAÇÃO SIMBÓLICA**

É um processo interpretativo utilizado pelos seres humanos para comunicar-se e interagir, no qual cada ser age e define o sentido do comportamento do outro ao fazer uso de símbolos significantes. O gesto possui significado ao mesmo tempo para a pessoa que o faz, bem como para a pessoa para quem ele é dirigido. Quando o gesto possui o mesmo significado para ambos, eles entendem um ao outro. Nesse processo, as coisas, as pessoas e as idéias adquirem significado em resposta à interpretação e à definição de situação feita pelo ser humano. Ao interagir o ser humano interpreta as ações dos outros e, conseqüentemente, lhe atribui significado e elabora uma resposta relacionada ao significado dessas ações. Sendo a conduta humana interativa, compartilha comportamento e não, simplesmente, responde a estímulos externos, portanto, esta conduta pode ser compreendida como fundamentada nas relações sociais (LITTLEJONH, 1982; ELSSEN, 1984; RIBEIRO, 1990; ALTHOFF, 2001).

A interação simbólica é compreendida como todo processo de interação que ocorre entre a mulher-avó e a puérpera, seja filha ou nora, neto, netas, filho ou genro e demais familiares, sendo permeado de significados. O comportamento de um pode influenciar o comportamento do outro, dependendo dos significados que cada um atribui para si. Isto ocorre na interação entre eles, servindo para dirigir suas ações.

A interação entre a mulher-avó, a filha, a nora, neto, neta, filho, genro, demais familiares e sociedade dependerá dos aspectos psicológicos, sociais, culturais, biológicos, econômicos e espirituais que foram vivenciados por cada uma delas e isso irá se refletir diretamente na interação que se dará nessa situação. Se for conflituosa, poderá ser uma relação tensa; se for de tranqüilidade, poderá ser uma relação de aproximação, com boa resolutividade nos problemas que poderão advir.

É através da interação que o enfermeiro desempenha seu papel, compartilhando com as mulheres-avós os significados que o aleitamento materno tem para promover

um bom crescimento e desenvolvimento do bebê e, quando vivenciado de forma tranqüila, segura e sem maiores transtornos, é um dos cuidados primordiais.

### **SER HUMANO**

O ser humano é um ser singular, histórico, em crescimento e desenvolvimento. Faz parte de uma família e de uma sociedade. Para ser capaz de interagir, ele deve possuir um *self*. Ele representa um organismo que não somente responde aos outros como a si mesmo. O *self* surge do processo de interação social na qual outras pessoas estão definindo alguém para si mesmo. A fim de tornar-se um objeto para si mesma, a pessoa deve colocar-se no lugar ou no papel dos outros, vendo a si própria ou agindo para si mesma naquela posição. O ser humano é capaz de fazer indicações para si mesmo ao interpretar o mundo de objetos que o rodeia, a fim de agir, construindo um guia de ação à luz da interpretação e não somente responder aos fatores que sobre ele atuam. Aprende através da interação simbólica, significados que orientam suas ações. Ocupa uma posição dentro da família e da sociedade; percebe e desempenha papéis a partir de normas e expectativas, sustentadas individualmente e coletivamente por outros membros da família e da sociedade para os seus atributos e comportamentos. Sendo assim, cada ser humano é solicitado a integrar-se em múltiplos papéis, tanto dentro, quanto fora da família (SCHVANEVELDT apud NITSCHKE, 1991; HAGUETTE, 1992).

Neste estudo, o ser humano se mostra na mulher-avó que exerceu o cuidado à mulher nutriz, na filha ou nora que foi cuidada pela mulher-avó, no filho ou genro, em cada membro da família, cada enfermeira, bem como os demais profissionais de saúde que fizeram parte do processo de interação, e especialmente no recém-nascido, pois, afinal de contas, é para ele que o leite materno é essencial. Cada ser humano vivenciou um novo estágio em suas vidas, havendo definição de novos papéis e redefinições de outros, a partir da interação.

### **SOCIEDADE**

A sociedade humana ou a vida humana em grupo é vista como seres humanos interagindo uns com os outros, cujas atividades ocorrem predominantemente em

resposta de um e outro, ou em relação de um a outro, quando desenvolvem atividades diferenciadas que os colocam em diferentes situações, de acordo com significados e valores. A sociedade é um vasto processo de formação, sustentação e transformação de objetos, na medida em que seus significados se modificam, modificando o mundo dos seres humanos (HAGUETTE, 1992; NITSCHKE, 1991).

É nesta sociedade que encontramos a mulher-avó, a nutriz, o recém-nascido, o pai e outros membros da família, interagindo entre si com base nos significados que o aleitamento materno tem para cada um deles. A sociedade influencia a interação, o ser humano, o ambiente, o processo de aleitamento materno, a posição e os papéis que cada um exerce no cotidiano, assim como cada um influenciará a sociedade, como bem afirma Mead (1972).

### **PROCESSO DE ALEITAMENTO MATERNO**

O processo de aleitamento materno inclui o ato, a forma, o modo, o efeito, a técnica, a evolução da amamentação. Esse processo tende a estar permeado de cuidado cultural familiar que pode trazer significados simbólicos, de proteção, de nutrição e integração. (POLI, 2000).

Poli (2000) acredita que a cultura familiar influencia o processo de aleitamento materno e que o enfermeiro precisa analisar esse processo, pois pode encontrar condutas impróprias ou próprias, incorporadas pelo ser que amamenta, as quais podem levar ao insucesso da amamentação ou ao seu pleno sucesso. Essas condutas próprias, ou impróprias, podem ser encontradas também nas pessoas que cuidam do ser que amamenta, como, por exemplo, as mulheres-avós.

Acredito que a enfermeira precisa interagir de forma profissional, com o objetivo de identificar, compartilhar e compreender as crenças, normas e valores expressos pelas mulheres-avós, para que, juntas, possam encontrar maneiras de construir-desconstruir-reconstruir significados sobre a prática da amamentação.

### **COTIDIANO**

É a maneira de viver dos seres humanos que se mostra no presente, expresso na vida de todo dia, estando relacionada à cultura em que está inserido. Assim, apresenta-

se por interações experimentadas diariamente, que possibilitam ou não o ser humano crescer e se desenvolver ao longo da vida (NITSCHKE, 1991).

O cotidiano, nesse contexto, será apresentado pela maneira de viver da mulher-avó, da puérpera, recém-nascido, filho, genro e outros familiares, bem como da enfermeira, envolvendo a prática do aleitamento materno. Vale salientar que o cotidiano da mulher-avó, naturalmente, pode ser diferente do da puérpera, até porque elas estão assumindo diferentes papéis e diferentes posições no enfrentamento da situação vivenciada.

O cotidiano traz uma riqueza de sentimentos, vivências e experiências que influenciam as formas de pensar e agir diante de determinadas situações. Tholl (2002, p. 41) relata que “é preciso estar atento e viver o cotidiano, parar e sentir o que se passa ao lado, é crescer enquanto ser humano é descobrir e restaurar nossas energias”. Assim, buscar a complementaridade de papéis no cotidiano da família em processo de aleitamento materno “é interagir, é transformar e ser transformado”, como afirma a autora supra citada.

## **CUIDADO**

O cuidado é um processo interativo, complexo, dinâmico, flexível, criativo, que envolve interações humanas. O cuidado demanda um processo de interação entre a enfermeira e a família, no qual o profissional, ao desempenhar seu papel, busca interpretar as ações do outro, compartilhando símbolos e significados, visando a promoção e manutenção da saúde da família. Os seres envolvidos nessas interações cuidam e são cuidados simultaneamente. Assim, o cuidado de enfermagem à família consiste num processo dinâmico de interação entre a enfermagem e a família mediante a troca de experiências, do compartilhar de conhecimentos e, sobretudo, do respeito a símbolos, crenças e valores da família em relação ao cuidar (BETTINELLI, 1997; NITSCHKE, 1991).

Nesse marco conceitual, o cuidado foi proposto, discutido e implementado pela enfermeira às mulheres-avós, às puérperas, aos recém nascidos e demais familiares envolvidos no processo de amamentação. Ele se mostrou complexo, dinâmico, flexível, criativo acontecendo desde as atitudes mais simples às mais complexas. O

cuidado é essencial á vida dos seres humanos. Nesse interagir, cuidar é ser cuidado, e, é nesta interação que a troca de conhecimento, de experiência e o respeito às crenças e valores se constituem como um cuidado inigualável.

### **ENFERMAGEM/ENFERMEIRA**

A Enfermagem é uma profissão do cuidado, que integra diferentes categorias, podendo constituir uma equipe. É a ciência e a arte de cuidar do ser humano.

Neste marco conceitual, a enfermagem é apresentada pela enfermeira que, através do processo de interação, exerceu cuidado junto à mulher-avó no intuito de ajudá-la a cuidar de sua filha, noras, netas, neto, filho, genro e demais familiares em processo de aleitamento materno. A enfermeira, ao realizar o cuidado científico, precisou promover o equilíbrio do ser humano consigo mesmo e com os outros, auxiliando-os no desenvolvimento de suas potencialidades e instigando-lhes a capacidade de agir e decidir.

A enfermeira, na condição de profissional de saúde, ao interagir, precisa ouvir, compreender, apoiar, tocar os seres humanos envolvidos no processo, uma vez que ocupa uma posição mediadora entre o saber popular e o saber científico. É uma profissional que possui conhecimentos e habilidades próprias para cuidar da família em processo de aleitamento materno. A enfermeira que atua na interação busca, de forma participativa, a ação-reflexão conjunta com a mulher-avó, com as puérperas e demais familiares, o que a ajuda na construção-desconstrução-reconstrução de significados quando estes se fizeram necessários.

### **FAMÍLIA**

Família é uma unidade dinâmica, constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com uma estrutura e organização para atingir os objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de adoção, interesse e/ou afetividade. Têm identidade própria, possuem e transmitem crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e famílias, escola, posto de saúde e outras instituições em diversos níveis de aproximação. A família define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento de seus membros e da própria comunidade (ELSEN et al. 1992, p.6).

A “família é como o arco-íris, embora cada traço tenha sua cor, seu brilho e seu significado, é preciso aproximá-los a fim de fortalecer a beleza e a energia da unicidade, que pressupõe troca, pois cada traço necessita do outro para manter a harmonia no universo” (THOLL, 2002, p.40). Neste caso, a cor da mulher-avó, da filha, da nora, do neto, do genro, do filho e dos demais familiares tem seu brilho especial e seu significado. Para manter a harmonia no processo de aleitamento materno, foi necessário aproximá-las para que houvesse uma troca de experiências, vivências e conhecimentos e, assim, buscar a harmonia da família. A enfermeira possui o papel importante de fazê-los vivenciar esse processo de modo a favorecer o sucesso do mesmo, interagindo com eles e fazendo-os interagir entre si. Novos conhecimentos acerca da prática do aleitamento materno foram construídos-desconstruídos-reconstruídos tanto pelos familiares como pela enfermeira, fazendo com que, tanto a enfermeira como as mulheres-avós adquirissem novos significados, o que as ajudou nos cuidados durante o processo de amamentação.

### **POSIÇÃO**

Serve para classificar as pessoas dentro de categorias sociais (um pai, uma mãe, uma avó, um enfermeiro). Estas categorias, por sua vez, servem para organizar comportamentos para as pessoas categorizadas. Desse modo, esperamos certos comportamentos de pessoas que são classificadas em uma dada categoria e nos comportamentos em reação a estas pessoas fundamentadas nessas expectativas aprendidas através da interação (MAURIN apud NITSCHKE, 1991).

A mulher-avó, a mãe, a filha, a nora, o recém-nascido, o pai, enfim, cada membro familiar ocupa posições dentro da família e da sociedade. O enfermeiro também tem uma posição dentro da sociedade e, como tal, em determinados momentos, exerce uma posição dentro de uma família. Neste caso, exerce a posição de profissional de saúde, cuidando da saúde familiar no momento do nascimento de um novo ser que precisa ser amamentado.

### **PAPEL**

É um conjunto mais ou menos integrado de expectativas, sentidos e valores

relativos a comportamentos atribuídos a uma posição. O papel (assim como a posição) é, por natureza, social. Cada posição assume uma contra-posição, assim como cada papel pressupõe algum contra-papel (MAURIN apud NITSCHKE, 1991).

Dentro da família, cada membro ocupa uma posição para as quais um número de papéis são designados. A sogra ou mãe assume o papel de cuidadora da filha, nora, neto e demais familiares em processo de aleitamento materno. A filha ou nora assume o papel de nova mãe, vivenciando a prática do aleitamento materno. A enfermeira também assume o papel de cuidadora das mulheres-avós, quando definiu conjuntamente os cuidados a serem implementados com a puérpera. Também é cuidadora da puérpera, quando cuida e a orienta sobre a prática do aleitamento materno. A enfermeira tem um papel significativo nas questões relacionadas à saúde familiar, sendo que, na prática do aleitamento materno, é preciso cuidar da família, vendo-a como um todo, ajudando os membros dessa família a definirem, ajustarem e desempenharem seus papéis adequadamente, sem deixá-las dependentes de seu papel de cuidadora.

### **PROCESSO DE VIVER SAUDÁVEL**

É estar bem. É sentir-se bem. É estar sensível a todos os sentimentos, crenças e valores de cada ser humano. É crescer, aprender e evoluir a partir das interações com o outro, construindo uma história de vida baseada em significados (THOLL, 2002).

Neste estudo, o processo de viver saudável está apresentado pela história de vida das mulheres-avós, das puérperas e demais membros familiares e pelos significados que a amamentação tem para eles, possibilitando, desta forma, o crescimento coletivo, na medida em que estiverem sensíveis às necessidades uns dos outros.

A enfermeira tem um papel fundamental, para que a família possa usufruir desse bem-estar, desse viver saudável, que, por sua vez, é baseado nas crenças, nos valores e sentimentos de cada um, sendo permeado pelos significados que cada membro da família constrói em sua história de vida.

## **AMBIENTE SIMBÓLICO**

É o ambiente mediado através dos símbolos significantes. Símbolos são estímulos que têm um significado para os seres humanos e neles provocam uma resposta baseada naquele significado. Deste modo, os símbolos podem estimular e influenciar comportamentos. O ambiente simbólico baseia-se na aprendizagem de significados e valores, através da interação (HARDY; SCHVANEVELDT; MAURIN apud NITSCHKE, 1991).

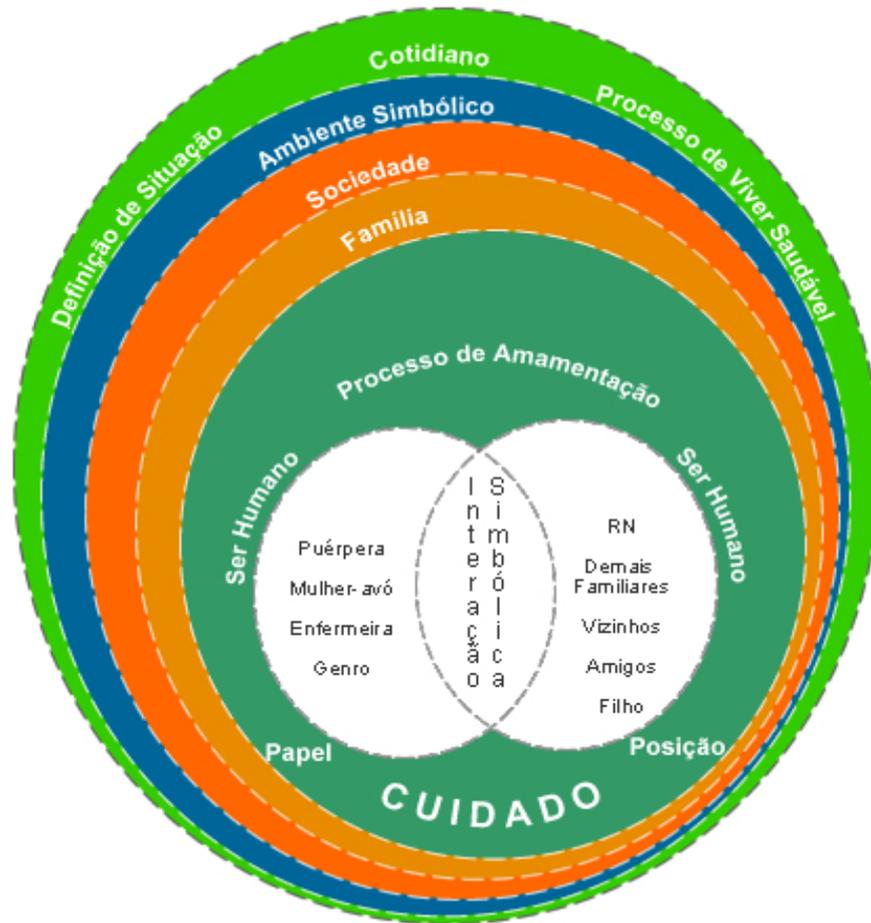
Althoff (2001, p.179), resgatando Bronfenbrenner, nos diz que “o ambiente é um local onde as pessoas podem facilmente interagir face a face, sendo a família um dos ambientes mais potentes e universais nas sociedades humanas”.

Nesse referencial, o ambiente simbólico das mulheres-avós, da família e da enfermeira manifesta-se pelos significados, por suas crenças e valores, que podem receber e exercer influência nas interações, favorecendo ou dificultando a amamentação.

## **DEFINIÇÃO DE SITUAÇÃO**

É a ação social pela qual um ator interpreta um estímulo num ambiente. Deste modo, cada ator percebe, faz julgamentos e inicia uma ação baseada em sua definição do estímulo ao ambiente. O ser humano define uma situação antes de agir (NITSCHKE, 1991).

Nesse contexto, a mulher-avó, a puérpera e os demais familiares agem de acordo com sua compreensão, em termos simbólicos, na situação que estão vivenciando, frente ao nascimento de um novo ser, que precisa ser cuidado e adaptar-se ao seu ambiente familiar. A enfermeira também age de acordo com sua compreensão simbólica na situação que vivencia, sendo que, para promover, prevenir e manter a saúde familiar, ela precisa conhecer como a família está definindo a situação no período que envolve o processo da amamentação.



**FIGURA 1** - Representação Gráfica dos Conceitos



*“Quando não se pode fazer tudo o que se deve,  
deve-se fazer tudo o que se pode”.*

*Santo Agostinho*

*A GARIMPAGEM – ASPECTOS METODOLÓGICOS*

## 4 A GARIMPAGEM – ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para Minayo (2000, p.22), “a metodologia é entendida como o caminho e o instrumental próprio para abordagem da realidade”. Afirma, ainda, que a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador. Deslandes (2002) refere que a metodologia é mais que uma descrição dos métodos e das técnicas a serem utilizados, ela indica as opções e a leitura operacional que o pesquisador fez do quadro teórico, não contemplando somente a fase exploratória de campo, mas também a definição de instrumentos para a análise dos dados.

O termo garimpagem foi utilizado por mim neste estudo por perceber o quanto o cotidiano de cada mulher-avó é precioso, expressando-se não só no cuidado que desenvolveu, mas, sobretudo, pelos significados que trouxe e no conhecimento que possui sobre a amamentação e que foram sendo lapidados a cada interação.

Desse modo, a metodologia colocou-se como uma garimpagem, já que nos permitiu uma aproximação dessa real preciosidade que é o processo de viver dessas famílias ao vivenciarem o aleitamento materno, refletindo o que diz Martins (1999, p. 10):

Fica mais “vivo” quando se usa a **garimpagem** com intenção de procurar algo precioso nos lugares em que se sabe que, provavelmente, existe, mas está em sua forma bruta, grudada, fixada, incrustada na natureza em que tem origem.

### 4.1 Caracterizando o estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, sendo descritivo, no qual se

buscou contemplar os objetivos propostos, permitindo-nos uma visão ampla do contexto estudado e possibilitando-nos construir um cotidiano de cuidado junto com mulheres-avós e seus familiares para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, a partir da compreensão dos seus significados.

Conforme Minayo (2000, p. 10), as abordagens qualitativas se constituem como:

aquelas capazes de incorporar a questão do Significado e da Intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

O estudo qualitativo responde a questões particulares, preocupa-se com um nível de realidade que trabalha com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações humanas que não podem ser quantificados (MINAYO, 2002). Este tipo de estudo tenta compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, assim como na perspectiva do pesquisador, partindo do contexto social no qual o evento ocorre (LEOPARDI, 2002).

Para Polit, Beck e Hungler (2004, p. 200), este tipo de abordagem possui algumas características gerais para o delineamento qualitativo:

- é flexível e elástico, capaz de ajustar-se ao que está sendo apreendido durante a coleta de dados;
- envolve uma mistura de várias estratégias de coleta de dados;
- tende a ser holístico, buscando a compreensão do todo;
- exige que o pesquisador se envolva intensamente, permanecendo em geral no campo por longos períodos de tempo;
- exige que o pesquisador se torne instrumento da pesquisa e
- exige a análise contínua dos dados para formular estratégias subsequentes e para determinar quando o trabalho de campo está terminado.

O pesquisador, por sua vez, é um instrumento de pesquisa importante, este deve ser sensível às idéias das pessoas, respeitando-as e interpretando-as no seu contexto social, econômico e cultural. Deve, portanto, observar os fenômenos como se eles estivessem acontecendo pela primeira vez ao compreender os ambientes e as pessoas de modo aberto, não os reduzindo a variáveis ou a relações de causa e efeito. Acredita que todas as perspectivas são importantes e procura pela compreensão detalhada das perspectivas das outras pessoas; preocupa-se com o que as pessoas sentem e pensam, suas frustrações e conquistas e, por último, valida o estudo, assegurando-se de que as informações obtidas representam exatamente o que as pessoas dizem e o que elas fazem, para gerar conhecimentos da vida social em foco (LEININGER, 1991; MINAYO, 2000; TRIVIÑOS, 1990).

A elaboração deste estudo se deu a partir da prática assistencial desenvolvida na disciplina Projetos Assistenciais de Enfermagem e de Saúde, conforme Resolução n. 001/PEN/1999-UFSC. (ANEXO 1).

#### **4.2 O garimpo onde as pedras preciosas foram garimpadas e cuidadas**

A escolha do espaço físico de um estudo depende do enfoque do mesmo, podendo ser realizado em mais de uma área geográfica. O espaço escolhido para realização do estudo deve ser aquele onde ocorrem as relações sociais ao propósito do mesmo, pois há presença de pessoas engajadas em atividades de saúde como os profissionais de saúde, clientes, seus familiares e outros, ou seja, é aquele onde foi identificado o problema a ser solucionado e as mudanças a serem feitas (TRENTINI E PAIM, 2004).

O estudo foi realizado na cidade de Florianópolis/SC, sendo desenvolvido em ambientes distintos, partindo-se da Unidade de Alojamento Conjunto de um Hospital Público de Ensino e, em seguida, estendendo-se aos domicílios das mulheres-avós e puérperas participantes. Durante esse percurso, busquei compartilhar com as mulheres-avós modos e maneiras de cuidar, para que as mesmas pudessem cuidar de suas noras,

filha, netas e neto em processo de amamentação, ao mesmo tempo em que também cuidava delas ao promover conversas sobre o aleitamento materno, ao criar um cotidiano de cuidado em que elas pudessem tirar suas dúvidas, relatar seus medos, suas inseguranças, suas vivências e experiências com a prática do aleitamento materno.

O Hospital de Ensino é um órgão integrante da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). É uma instituição pública de grande porte, de complexidade terciária, vinculado ao Ministério da Educação (MEC), que objetiva o ensino, a pesquisa, assistência e extensão. Sua estrutura organizacional é composta de diretorias, direção geral, apoio assistencial e administrativo.

A maternidade desse hospital foi inaugurada em 24.10.95. A filosofia humanística caracteriza-se por procurar resgatar a questão da parturiente como protagonista do ato de parir, oportunizando a opção do parto vertical, a analgesia durante o trabalho de parto e a presença de um acompanhante durante o período de internação (HAMES, 2001).

É um Hospital Amigo da Criança e recebeu este título em 1997 do Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência - UNICEF pelo estímulo ao aleitamento materno. Desenvolve ainda outros programas, como o Grupo de Casais Grávidos, Encontro de Gestantes do Terceiro Trimestre e o Programa Mãe-Canguru. Recebeu em 2000 o Prêmio Galba de Araújo por desenvolver uma filosofia voltada para a humanização do atendimento no nascimento, tornando-se referência para toda a região sul do Brasil (HAMES, 2001).

O setor da maternidade é composto de cinco unidades denominadas: Unidade de Triagem Obstétrica, Centro Obstétrico (CO), Unidade de Internação Neonatológica (NEO), Unidade de Internação Obstétrica (Alojamento Conjunto) e Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM).

A Unidade de Internação Obstétrica (Alojamento Conjunto), possui dezesseis leitos para puérperas e seus recém-nascidos e seis leitos destinados a atender gestante de alto risco, sendo distribuídos em sete quartos, com banheiro, com no mínimo um e, no máximo, quatro leitos. Possui, ainda, duas salas para exames e cuidados aos recém-nascidos, expurgo, copa, sala de chefia de enfermagem, posto de enfermagem e medicação, rouparia e uma sala de reuniões. Ainda existe um quarto com quatro leitos

destinados à permanência das puérperas que receberam alta hospitalar, porém os filhos permanecem internados na Unidade de Neonatologia. A existência dessa enfermaria oportuniza a puérpera a manter-se próxima do seu recém-nascido, favorecendo a formação do vínculo afetivo, facilitando a interação mãe-bebê e, conseqüentemente, a amamentação (BERTOLDO, 2003). O período de internação é de 48 horas para pacientes submetidas a parto normal e 72 horas para parto cesáreo (HAMES, 2001).

A equipe de saúde do Alojamento Conjunto é composta de assistente social, psicóloga, nutricionista, fonoaudióloga, obstetra, neonatologista, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e um auxiliar administrativo. Faz parte ainda dessa unidade a equipe do Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno. A unidade também recebe alunos da UFSC dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Nutrição, Medicina, Psicologia e Serviço Social que prestam cuidados aos clientes durante os estágios curriculares supervisionados pelos seus respectivos professores (BERTOLDO, 2003).

O outro contexto onde se instalou o “**garimpo**” foi nos domicílios onde as puérperas foram cuidadas por suas mães e suas sogras. Os domicílios estão localizados em bairros distintos da Grande Florianópolis (Ingleses e Serrinha) e em São José. Nesse contexto físico onde se realizou o estudo, foi possível transitar pelos domicílios das mulheres-avós, bem como de suas respectivas noras e filha.

Segundo Cruz Neto (2002, p.51), “o campo é a possibilidade de conseguirmos não só aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo”.

A visita aos domicílios permitiu não só me aproximar das famílias, como também conhecer a realidade do cotidiano vivido por cada uma delas.

#### **4.3 As pedras preciosas garimpadas – os sujeitos do estudo**

A população selecionada para o estudo constituiu-se em 3 mulheres-avós e suas famílias que estavam acompanhando suas noras e filha na Unidade de Alojamento

Conjunto e que cuidaram das mesmas em seus domicílios. As mulheres-avós foram o foco principal deste estudo, sendo que a família foi considerada como o contexto onde ele se desenvolveu.

Segundo Trentini e Paim (1999, p.81), a escolha da amostra não segue critérios rígidos, porém esta deverá “ser constituída pelos sujeitos envolvidos no problema e, entre estes, os que têm mais condições para contribuir com informações que possibilitem abranger ao máximo as dimensões do problema em estudo”. Neste caso, as mulheres-avós, ao cuidarem das noras, filha, netas, neto, filho e genro podem influenciar no processo de amamentação, motivo pelo qual foram escolhidas como foco principal deste estudo e, conseqüentemente, a amostra do mesmo.

Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: aceitar participar do estudo, acompanhar as noras, filha, netas e netos em processo de amamentação, da unidade de internação até os domicílios, durante um mês, já que este é considerado um período em que surgem os principais problemas relacionados à amamentação.

Conforme já citado anteriormente, por considerar a preciosidade de cada mulher-avó e sua família e por terem enriquecido este estudo com um brilho especial, atribuí aos sujeitos deste o nome de pedras preciosas. Neste momento, apresento: BRILHANTE, PÉROLA e ESMERALDA, verdadeiras preciosidades encontradas incrustadas nas famílias.

BRILHANTE, assim chamada por estar constantemente sorrindo e transmitindo seu brilho de pedra preciosa e de mulher; PÉROLA, pela sua elegância e sabedoria; ESMERALDA, por sua personalidade decidida.



BRILHANTE, aos seus 65 anos, trabalhou em zona rural por um bom tempo no Rio Grande do Sul. Atualmente, está aposentada. É analfabeta, teve 11 filhos. Em nosso garimpo, cuidou de sua nora em sua segunda vivência de ser mãe.

PÉROLA, aos seus 56 anos, é uma mulher do lar. Possui segundo grau

completo, sendo bem ativa na sociedade, uma vez que participa de grupos religiosos e é membro da Pastoral da Criança. Tem 4 filhos. Cuidou de sua filha em sua primeira vivência de ser mãe.

ESMERALDA, aos seus 63 anos, é aposentada, sendo bastante dinâmica. Estava sempre viajando, desfrutando do seu tempo. Também participa de trabalhos na comunidade. Dentre os locais que atua, citou o de uma creche. Tem 5 filhos e cuidou de sua nora, que vivenciava o ser mãe pela terceira vez.

Ainda mergulhando no mundo simbólico,

PÉROLA é a gema dos amantes. Dizem que foi usada em "poções" do amor por séculos e se usada enquanto se estiver dormindo, tem-se sonhos de romances verdadeiros. Protege a inocência e simboliza a pureza. A ESMERALDA era a deusa sagrada dos Incas. Esta pedra era dada às jovens como um talismã para ter proteção e dar facilidade no parto. Os egípcios acreditavam que esta pedra estava associada à fertilidade e ao renascimento. BRILHANTE é uma palavra que designa um tipo de lapidação, não uma pedra preciosa. Como essa maneira de lapidar é a mais usada para o diamante, muita gente sempre chama essa gema de brilhante. Os gregos acreditavam que os diamantes eram lascas de estrelas que caíram na Terra. É o símbolo do amor "inquebrável" (PEDRAS PRECIOSAS, 2005)

#### 4.4 Aspectos éticos e legais

A ética permeou todo o processo vivenciado neste estudo, uma vez que houve preocupação com os valores que cada um trazia consigo. Segundo Lima (2004, p.17), a “ética envolve juízos de apreciação, isto é, envolve um julgamento, envolve uma decisão. Logo, envolve consciência. Consciência é o atributo pelo qual o homem toma em relação ao mundo e a seus interiores”. Portanto, ética é algo subjetivo, depende do julgamento consciencioso de cada um, é um julgamento individual, como bem afirma o autor citado.

Caponi et al (1995, p. 53) colocam que “a ética é algo assim como um diálogo do eu consigo mesmo no qual o sujeito pesa, avalia e decide realizar certas ações, desvalorizando, conseqüentemente, outras”. Concordo com Elsen e Nitschke (1994, p. 9) ao afirmarem que a ética é um “compromisso social, profissional e científico que o

pesquisador tem com a melhoria da qualidade de vida da população” e nós, enquanto profissionais de saúde e pesquisadores, temos, sim, um compromisso com a melhoria de vida da população.

Aroskar (1987, p. 35) diz:

A ética é o estudo sistemático do que deveriam ser a conduta e as ações de uma pessoa no que se refere a si mesma, a outros seres humanos e ao ambiente; é a justificativa do que é correto ou bom, e o estudo do que a vida e as relações de uma pessoa deveriam ser, não necessariamente o que são.

Em todos os momentos foram garantidos o anonimato e a privacidade das informações, considerando os princípios éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, estabelecidos pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que deixa claro no Capítulo IV, que o respeito à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

Dessa forma, para dar início ao estudo, foi feita uma comunicação formal ao responsável pelo setor de educação continuada do Hospital, solicitando que fosse viabilizado a entrada do pesquisador no campo. Esta solicitação foi feita através de contato pessoal e documental, ao tempo em que foi apresentando o projeto de prática assistencial e a carta de apresentação da mestranda. Essa formalização, além de oficializar o estudo, clareou a proposta do mesmo para a instituição.

Após autorização institucional e aprovação pela comissão de ética da instituição (ANEXO 2), mantive contato com a enfermeira coordenadora da Unidade de Alojamento Conjunto, bem como com os demais enfermeiros do setor, no intuito de me apresentar e expor os objetivos do estudo e, somente a partir daí, identifiquei as mulheres-avós que iriam cuidar de noras, filha, netas e netos em processo de amamentação, que continuariam com esses cuidados no domicílio e se desejassem participar do estudo. Vale salientar que o projeto de pesquisa também foi encaminhado para o Comitê de Ética da UFSC, o que teve sua aprovação, conforme declaração em anexo (ANEXO 3).

Após identificação das mulheres-avós, fazia uma breve explanação sobre a pesquisa, não somente para elas, mas também para a puérpera e o familiar que estivesse presente no momento do encontro. Após o consentimento verbal, convidei-as a participar de um segundo encontro, o Encontro Individual. Nesse momento, apresentei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) e, após a leitura do mesmo, as informantes assinaram o referido documento. Solicitei, também, autorização para utilizar o gravador e a máquina fotográfica, seguindo o Termo de Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações (APÊNDICE 2), garantindo-se o sigilo, o anonimato e a liberdade para participarem ou desligarem-se do estudo a qualquer momento, se assim desejassem.

#### **4.5 Propondo um Modelo de Cuidar em Enfermagem**

Compreendo o Modelo de Cuidar em Enfermagem como um modelo operacional para a prática da enfermagem, o qual segue um método científico de trabalho que conduz à Sistematização do Cuidado de Enfermagem. É um caminho a seguir quando a enfermeira busca um cuidar sistemático e ordenado, com o objetivo de proporcionar um cuidado de enfermagem planejado, que atenda as especificidades de cada cliente e de sua família, respeitando suas crenças, valores, significados, necessidades, ansiedades, desejos e medos.

Deste modo, entendo o Modelo de Cuidar em Enfermagem, aqui proposto, como uma atividade intelectual deliberada, pela qual a prática de enfermagem é implementada de forma sistemática e ordenada, sendo uma tentativa de melhorar a assistência. É uma forma de desenvolver o cuidado baseado em crenças, valores e significados expressos no processo de viver dos envolvidos, no cotidiano (NITSCHKE, 1991; MONTICELLI, 1997).

Esta proposta está fundamentada em um Marco Conceitual específico que envolve um processo de interação entre as pessoas, o qual foi utilizado como um dos

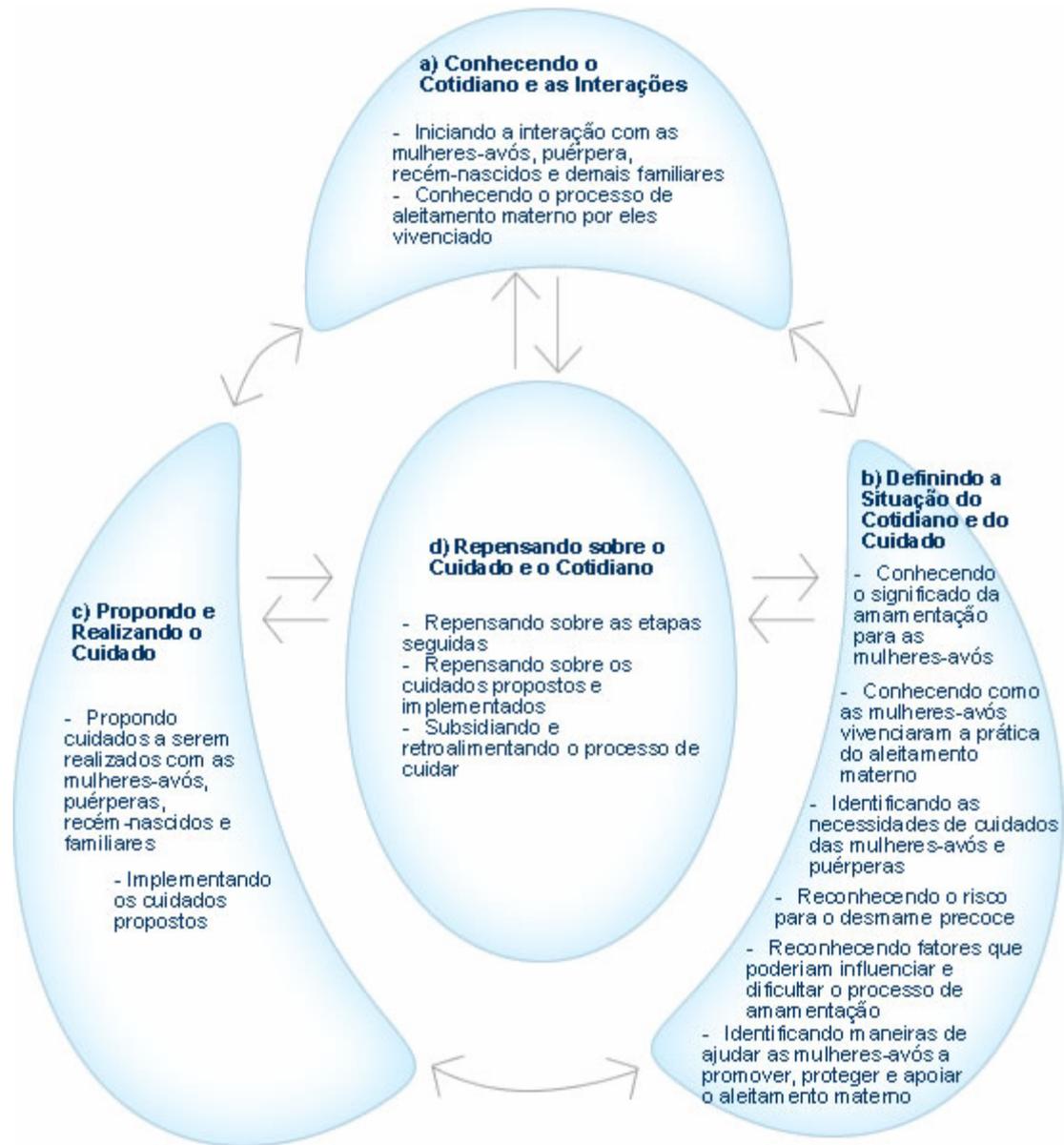
instrumentos para promover o cuidado de enfermagem. Também foram utilizados outros instrumentos como a criatividade, a sensibilidade, a comunicação verbal e não-verbal, a habilidade, o estar junto com e o ouvir. Diante disso, chamarei este modelo de cuidar em enfermagem como: **O Modelo de Cuidar em Enfermagem Junto a Mulheres-avós e sua Família em Processo de Amamentação.**

O Modelo de Cuidar em Enfermagem possibilitou integrar teoria e prática para que o cuidado fosse viabilizado com qualidade ao ser humano no seu processo de viver, sendo que este foi realizado através de ações da enfermeira e das mulheres-avós, que consideraram a individualidade de cada um dos envolvidos no mesmo.

Assim, “a teoria e a prática precisam estar ligadas para que as ações de enfermagem transcorram de modo congruente”, como bem afirma Carraro (2001, p. 21). A autora afirma ainda que

ao estabelecer o elo teórico-prático, adotando-se os passos do Método Científico, ocorre a operacionalização da Metodologia da Assistência. Suas etapas, articuladas entre si, complementam-se e ocorrem simultaneamente ou não (p.21).

O Modelo de Cuidar em Enfermagem junto a Mulheres-avós e sua Família em Processo de Amamentação constitui-se dos seguintes momentos: **Conhecendo o Cotidiano e as Interações; Definindo a Situação do Cotidiano e do Cuidado; Propondo e Realizando o Cuidado; Repensando sobre o Cuidado e o Cotidiano**, aproximando-se dos momentos propostos por Tholl (2002) e Nitschke (1991) em seus estudos.



**Figura 2** - O Modelo de Cuidar em Enfermagem junto a Mulheres-avós e sua Família em Processo de Amamentação

#### 4.5.1 Os momentos do Modelo de Cuidar em Enfermagem

Para melhor compreensão, optamos por descrever os momentos do Modelo de Cuidar em Enfermagem junto a Mulheres-avós e sua Família em Processo de Amamentação de forma separada, no entanto, ressaltamos que todas essas etapas estiveram inter-relacionadas e interligadas, conforme pode ser visualizado na figura 2.

### **a) Conhecendo o cotidiano e as interações**

Didaticamente, este foi o primeiro momento do Modelo de Cuidar; configurando-se no início da interação da enfermeira com as mulheres-avós, sua família, com os enfermeiros da instituição e o meio ambiente, tanto o hospitalar quanto o domiciliar, momento em que os conheci e deixei-os me conhecer. Nesse momento, foram esclarecidos os objetivos, a justificativa e os princípios bioéticos da pesquisa com seres humanos. Nessa etapa, deu-se o início do conhecimento do cotidiano e das interações entre as mulheres-avós, sua filha, suas noras e netas, seu neto e demais familiares, através de observações e conversas informais com o intuito de identificar valores e crenças culturais que influenciariam as ações das mulheres-avós ao exercerem cuidado aos mesmos.

Foi nessa fase que busquei conhecer a história da família, o seu dia-a-dia, e a maneira como eles estavam envolvidos no processo de amamentação. Nesse momento, pretendi basicamente conhecer e obter informações que me possibilitassem dar continuidade ao processo. O conhecimento aqui compartilhado não se esgotou nesse primeiro momento, mas constitui-se de um processo contínuo que permeou todos os encontros. À medida que íamos convivendo, fortalecia-se o elo de confiança, o que possibilitou que as mulheres-avós e suas famílias demonstrassem seus significados, desejos e sentimentos.

### **b) Definindo a situação do cotidiano e do cuidado**

Nessa etapa do modelo de cuidar, busquei junto às mulheres-avós e demais familiares definir a situação que estavam vivenciando em seu cotidiano, em especial o significado da amamentação para as mulheres-avós, como as mesmas vivenciaram e experienciaram a prática do aleitamento materno e como elas iriam cuidar da filha, noras, netas, neto, genro e filho em processo de amamentação. Identifiquei as necessidades de cuidado das mulheres-avós para cuidar da mulher nutriz, mergulhando no seu cotidiano, onde estariam exercendo tais cuidados. Foi nessa fase que busquei reconhecer os riscos para o desmame precoce e quais fatores poderiam influenciar e dificultar a amamentação. Procurei analisar quais as formas de evitar essas influências e problemas e como poderia ajudar as mulheres-avós a promover, proteger e apoiar o

aleitamento materno ao cuidarem de suas noras, filha e netos.

Essa etapa se caracterizou por reflexões sobre as informações obtidas anteriormente, o que me conduziu ao reconhecimento de como a situação se desenvolveu, e, assim, passar para uma etapa posterior.

### **c) Propondo e realizando o cuidado**

A partir do **Conhecimento do Cotidiano e das Interações e da Definição da Situação do Cotidiano e do Cuidado**, envolvendo a identificação das necessidades de cuidado das mulheres-avós e das nutrizes, propus, conjuntamente, ações que poderiam integrar o cuidado das mulheres-avós às puérperas, neto, netas, genro, filhos e demais familiares em processo de amamentação, para, em seguida, implementá-los. Os cuidados, em sua maioria, eram discutidos antes de serem implementados. As ações integraram-se à prescrição da enfermeira da unidade do alojamento conjunto, enquanto a puérpera estava internada. No domicílio, os cuidados também foram discutidos com as mulheres-avós e puérperas, para, em seguida, serem implementados pela enfermeira e pelas mulheres-avós. Ao implementar o cuidado, a enfermeira cuidava da puérpera e da mulher-avó. A mulher-avó cuidava da puérpera com base nos cuidados que recebiam da enfermeira, caracterizando-se num processo bastante dinâmico, participativo e interativo.

### **d) Repensando sobre o cuidado e o cotidiano**

Nessa etapa, repensávamos sobre os cuidados que foram propostos e implementados e como estes haviam auxiliado na resolução dos problemas surgidos durante o processo de amamentação, refletindo-se sobre as interações estabelecidas, Esse trabalho foi desenvolvido, juntamente com as mulheres-avós e puérperas, com intuito de repensarmos e propormos possibilidades de interação acerca do cotidiano vivenciado pelas mesmas.

Essa etapa reforçava e articulava as demais etapas entre si. Permeou todo o processo de cuidar, na medida em que servia para avaliar o cuidado proposto, no sentido de dar continuidade ou realizar modificações, caso houvesse necessidade. Dessa forma, essa etapa subsidiava e retroalimentava todo o modelo de cuidar.

#### 4.5.2 Estratégias para desenvolver o Modelo de Cuidar

Para desenvolver os diferentes momentos do Modelo de Cuidar optou-se, como estratégias, Encontros Individuais (EI) e Encontros em Grupo (EG), utilizado-se a entrevista semi-estruturada e observação participante, tendo-se como espaço o hospital e os domicílios.

##### *4.5.2.1 Pontuando as estratégias*

Os Encontros Individuais aconteceram na Unidade de Alojamento Conjunto e nos domicílios com as mulheres-avós, puérperas, recém-nascidos e demais familiares. O Encontro em Grupo aconteceu na Unidade de Alojamento Conjunto, quando as mulheres-avós se reuniram comigo para relatarem sua vivência ao cuidar de sua filha, noras, netas e neto em processo de amamentação. Também foram realizados Encontros em Grupo nos domicílios, onde, em determinados momentos, estiveram reunidos as mulheres-avós, puérperas, irmãos, marido, entre outros familiares, momento em que discutimos sobre o aleitamento materno.

As visitas domiciliares foram realizadas com o intuito de conhecer as interações e necessidades de cuidado no ambiente domiciliar. Assim, O Modelo de Cuidar, com seus diferentes momentos, ia sendo implementado a cada Encontro Individual e Encontro em Grupo, adotando-se a Entrevista Semi-Estruturada e a Observação Participante.

A entrevista é uma conversa realizada com um propósito. É a arte de fazer perguntas e ouvir o outro, porém, não consiste num mero interrogatório, mas se caracteriza como uma conversa orientada para um objetivo determinado. A entrevista ganha vida ao se iniciar o diálogo entre o entrevistador e o entrevistado. Além disso, constitui condição social de interação humana, sem a qual não haverá ambiente para produzir informações fidedignas (MINAYO, 2000; LEOPARDI, 2002; TRENTINI E PAIM, 2004).

Neste estudo, optei pela entrevista semi-estruturada, partindo-se de tópicos relacionados ao tema estudado. À medida que a interação entre o entrevistador e o entrevistado ia progredindo, a conversa foi tomando corpo, o que oportunizou um aprofundamento e focalização do tema estudado. Ao conduzir a entrevista, eu trazia

em minha mente a Teoria da Interação Simbólica, seus conceitos e os conhecimentos teóricos e práticos sobre a amamentação, direcionando, assim, a mesma. Para tanto, foram utilizadas apenas questões norteadoras.

Segundo Minayo (2000), pelo fato de a entrevista captar formalmente informações sobre determinado tema, esta deve vir acompanhada, complementada ou como parte da observação participante, porque, além da fala ser dirigida, captam-se as relações, as práticas, os gestos e cumplicidades e a fala informal sobre o cotidiano.

Então, por concordar com a autora e acreditar que a observação participante é uma técnica importante e complementar utilizada na coleta de dados, é que optei por incluí-la no estudo. Além disso, capta uma variedade de fenômenos de uma situação social, os quais não podem ser obtidos por meio da entrevista (MINAYO et al, 2002).

Optei também por essa técnica, porque como função de observadora, também assumi o papel de membro do grupo, sem o qual não seria possível manter um contato direto com o fenômeno observado e estudado, o que facilitou obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. Segundo Leopardi (2002, p. 172), na observação participante, “o pesquisador, ao propor-se à coleta de dados, efetivamente participa da situação, inclusive intervindo, mudando e propondo”.

Quando observamos certa situação com o objetivo de responder a uma indagação específica, essa observação se tornará um processo consciente e, portanto, poderá ser sistematizada. A observação com técnica de investigação é consciente, objetivada, formalizada e exteriorizada de maneira que seja exposta à compreensão de outras pessoas e que, quando analisada, possa contribuir para a construção de conhecimentos (MINAYO, 2000; TRENTINI e PAIM, 2004).

#### *4.5.2.2 Como se desenvolveram as estratégias: um breve relato*

No primeiro Encontro Individual com as mulheres-avós, através de uma dinâmica criativa e sensível, elas expressaram o significado da amamentação, utilizando massa de modelar. Também relataram como elas vivenciaram e experienciaram a prática do aleitamento materno em seu cotidiano.

Desenvolvi o primeiro encontro com cada mulher-avó de forma individual porque não consegui reuni-las, uma vez que elas apareceram no estudo em momentos

distintos. Este momento teve como objetivo, responder às seguintes questões norteadoras: **O que é amamentação para você? Como foi sua vivência e experiência com a amamentação?**

Esse Encontro Individual teve a seguinte seqüência: entrega da massa de modelar de diversas cores para que a mulher-avó expressasse o significado da amamentação, através de uma modelagem. O método criativo de modelagem foi utilizado com intuito de dinamizar o processo de cuidar e como uma forma criativa de cuidar da mulher-avó que estava vivenciando e cuidando de sua filha, nora, neto e neta em processo de amamentação.

Após alta hospitalar, dava-se início às visitas domiciliares, as quais foram realizadas nas primeira e segunda semanas e aos onze meses após o parto, constituindo-se em um mergulho no cotidiano domiciliar das Pedras Preciosas e de suas famílias.

Foram realizadas três visitas domiciliares para cada mulher-avó e sua família, sendo que BRILHANTE foi visitada por quatro vezes, por não tê-la encontrado na segunda visita domiciliar. Nessas visitas domiciliares, pude conhecer como estava acontecendo a interação entre a mulher-avó/filha/nora/neto/neta e demais familiares, bem como conhecer como as mesmas estavam exercendo o cuidado no domicílio e, assim, promovendo, protegendo e apoiando o aleitamento materno no cotidiano familiar.

Depois da realização das visitas domiciliares, o passo seguinte foi a realização do Encontro em Grupo, onde estiveram presentes BRILHANTE, PÉROLA e eu. O objetivo foi promover o encontro das Pedras Preciosas, ou seja, das mulheres-avós, para que as mesmas relatassem como elas haviam cuidado de suas filhas, noras e netos em processo de amamentação do nascimento até o primeiro mês de vida do recém-nascido. Serviu também para que as mulheres-avós interagissem entre si. O encontro pode ser considerado como “oficina”, uma vez que utilizamos dinâmicas criativas e sensíveis, construindo-desconstruindo-reconstruindo os significados da amamentação, porém com outra visão, a de serem cuidadoras de sua filha, nora e netos. Nessa oficina foi trabalhada a seguinte questão norteadora: **Como foi a experiência de cuidar da filha/nora e neto/neta em processo de amamentação?**

A “oficina” foi planejada antes do encontro, com tempo previsto para cada atividade desenvolvida, constando dos seguintes momentos: **relaxamento de acolhimento, atividade central e relaxamento de integração**, segundo o que é proposto por Nitschke (1999).

O **Relaxamento de Acolhimento** consistiu no momento em que o ambiente foi preparado com o intuito de torná-lo acolhedor. **A Atividade Central** caracterizou-se no momento em que a questão norteadora foi trabalhada. O **Relaxamento de Integração** foi o momento em que retomamos o relaxamento de acolhimento, quando foi dado espaço para que as mulheres-avós expressassem seus sentimentos com relação ao encontro, ou seja, foi uma avaliação da estratégia desenvolvida, contemplando o momento do Modelo de Cuidar, repensando sobre o cuidado e o cotidiano.

Para Nitschke (1999, p. 79), “as oficinas mostram-se como possibilidades de integração e conjunção de estratégias sensíveis no processo de pesquisar”. Afirmo ainda que é um processo de interação entre um grupo de pessoas, em que todos trocam experiências, sendo mestres-aprendizes. Penso que a troca de conhecimentos e experiências também se mostra como uma forma de cuidado.

Após essa “oficina”, ainda mantive contato com as mulheres-avós e sua família. Com as famílias de BRILHANTE e PÉROLA, realizei mais uma visita domiciliar. Com a família de ESMERALDA somente consegui contato por telefone. A última visita domiciliar foi realizada onze meses após o nascimento da criança. Essa visita teve como objetivo conhecer como a amamentação foi vivenciada durante esses meses, bem como conhecer como estava o dia-a-dia das famílias.

A visita domiciliar foi realizada por acreditar que “o domicílio se torna uma oportunidade para a enfermeira conhecer e compreender melhor o mundo particular do ser humano e de sua família”, como bem afirma Erdtmann (2004). Nesse local, também foi possível realizar encontros individuais e em grupo, uma vez que houve momentos em que, ao cuidar das mulheres-avós, outros membros da família estavam presentes, como puérperas, esposo, cunhado, irmã, filho, dentre outros. O Encontro Individual, além de ter sido realizado com as mulheres-avós, também foi realizado com a puérpera, irmã e esposo, pois houve momentos em que as mulheres-avós não

estavam presentes no domicílio.

#### **4.6 Registrando os dados**

O registro do Modelo de Cuidar foi realizado da seguinte forma: gravação em fita cassete, fotografias e registro em diário de campo.

No diário de campo, foram registradas as observações referentes aos participantes do estudo, ao ambiente e ao contexto social. Também foram registradas as minhas percepções e reflexões sobre o processo de cuidar e pesquisar, minhas dúvidas, medos e ansiedades, bem como uma avaliação do meu agir enquanto pesquisadora e cuidadora.

Trentini e Paim (1999, p. 92) relatam que

é humanamente impossível para um pesquisador-assistencial registrar tudo o que ocorre durante uma unidade de tempo, que envolvem pesquisa e assistência; por isso é recomendado lançar mão de técnicas mistas de registros, para assegurar o maior montante possível de informações.

Daí porque a opção por gravação, fotografias e registros de campo.

Para organizar o relato de informações provindas das entrevistas, observações e das ações de cuidado, estas foram transcritas de maneira que deixei 1/3 de cada página em branco, para proceder, em seguida, à codificação. Segundo Trentini e Paim (2004), a organização das informações inclui a identificação do tipo de informação, e existem várias formas de fazer tal identificação. As autoras ainda indicam a que foi proposta por Schatzman, que sugere uma nomenclatura de identificação: NE = notas de entrevista (relato das informações obtidas nas entrevistas); NO = notas de observação (relato das informações obtidas nas observações); NT = notas teóricas (relato das interpretações feitas pelo pesquisador por ocasião da coleta ou durante a organização das informações); NM = notas metodológicas (relato das estratégias utilizadas como auxílio na coleta de informações); NC = notas de cuidados (ações de

cuidado/assistência desenvolvidas durante a prática assistencial) e ND = notas do diário (relato do que se sucede diariamente em relação à prática assistencial, como acontecimentos, impressões, sentimentos, ações).

Os registros foram realizados logo que eu deixava o local da prática e as fitas foram transcritas logo que chegava em casa, o que facilitava a análise dos dados coletados, bem como ajudava a programar os próximos encontros.

#### 4.7 Análise

A fase de análise dos dados representa, provavelmente, o lado obscuro dos estudos qualitativos. Tanto os defensores teóricos do método como os produtores de investigação qualitativa não proporcionam informações suficientes sobre a maneira em que se transformam os dados em interpretações para poder sustentar teoricamente com base em conhecimentos comprovados cientificamente (AMEZCUA e TORO, 2002).

Polit, Beck e Hungler (2004) afirmam que a análise de dados qualitativos é uma atividade intensiva, que exige do pesquisador criatividade, sensibilidade e trabalho árduo, pois ela não acontece de forma linear, mas de forma complexa e desafiadora.

A finalidade da análise de dados é organizar, fornecer estruturas e extrair significados dos dados de um estudo. É uma tarefa desafiadora para os pesquisadores, uma vez que não existem regras sistemáticas para análise e apresentação dos resultados. Além do mais, é exigida, uma enorme quantidade de trabalho para organizar e dar sentido a páginas e páginas de material narrativo, sem contar com o desafio final de reduzir os dados para fins do relato sem, contudo, perder a essência dos mesmos e sem deixar de relatar os trechos do material narrativo para não perder a riqueza dos dados originais. (POLIT, BECK E HUNGLER, 2004).

Trentini e Paim (2004) apontam alguns indicativos que poderão ser úteis na análise das informações e que podem ser usados em qualquer tipo de estudo qualitativo, constando de quatro processos genéricos: **apreensão, síntese, teorização e**

### **recontextualização.**

Esses quatro processos cognitivos ocorrem de maneira mais ou menos seqüencial, uma vez que o investigador deve alcançar um nível razoável de compreensão antes de ser capaz de sintetizar, e, enquanto o investigador não é capaz de sintetizar, não poderá teorizar. A recontextualização não pode ocorrer até que os conceitos e modelos da investigação se tenham desenvolvido plenamente (Morse, 2003). Esses processos genéricos foram propostos por Morse e Field em 1995 (TRENTINI e PAIM, 2004).

Passo a descrever como organizei as informações coletadas conforme proposto por Morse e Field e apresentado por Trentini e Paim (2004).

A fase de **apreensão** iniciou-se com o registro das informações providas das entrevistas, das observações nos Encontros Individuais e Encontros em Grupo, pois foi, a partir delas, que se começou a **Conhecer o Cotidiano e as Interações; Definir a Situação do Cotidiano e do Cuidado; Propor e Realizar o Cuidado e a Repensar sobre o Cuidado e o Cotidiano**, assim como serviu para , especialmente, analisar os **significados** que a amamentação tinha para as mulheres-avós, bem como refletir sobre o referencial teórico-metodológico, expressando os objetivos do estudo como balisadores de toda a análise.

Para realizar a organização dos registros das informações, utilizei a proposta sugerida por Schatzman, a qual foi indicada por Trentini e Paim (2004) e que consta de NE, NO, NM, NC e ND conforme relatado anteriormente. Os registros foram mantidos numa ordem cronológica, com data e número da entrevista ou observação e identificação do participante.

Após transcrição das notas de entrevista e da observação, realizava uma leitura criteriosa no material transcrito, com intuito de **compreender os significados que o aleitamento materno tinha para as mulheres-avós**, ao mesmo tempo em que avaliava se a **definição da situação, o cuidado proposto e o realizado** teria sido realmente contemplado ou seria necessário implementar outros cuidados ou reforçar aquele estabelecido anteriormente.

Procedia-se também a essa avaliação no momento em que cada etapa era concretizada e juntamente com as mulheres-avós e nutrizes, uma vez que o Processo

de Cuidar foi dinâmico e suas fases se entrelaçaram, acontecendo de forma sucessiva e dinâmica, parecendo-nos que tudo ocorre ao mesmo tempo, fazendo-se necessário, definir a situação, propor, implementar e avaliar o cuidado, na medida em que este acontecia. Porém isso não nos tira a oportunidade de avaliá-lo em um outro momento, principalmente, quando estamos transcrevendo as interações ou registrando no diário de campo. Acredito ser esta a riqueza desse momento porque podemos, a partir daí, identificar se realmente o cuidado proposto e implementado foi efetivo, dando oportunidade de implementar outros.

Após a organização das informações, passei à fase de **codificação**. Para Trentini e Paim (2004, p. 94), “a codificação significa reconhecer, no relato das informações, palavras, frases, parágrafos ou temas chaves, que persistem nos relatos dos participantes”.

Após leituras exaustivas dos dados e à medida que reconhecia as frases ou temas chaves que persistiam no relato das informações, eu procedia à codificação. Para isso, adotei como nomenclatura as palavras chaves: o código. Os códigos ajudam a separar parágrafos, em que cada informante se expressou sobre determinado assunto, ele é semelhante a um index, é uma palavra ou são palavras que ajudam a separar o relato dos participantes de acordo com a idéia central (TRENTINI e PAIM, 2004).

Essa tarefa não foi fácil de ser realizada devido a minha pouca experiência com análise de dados em estudos qualitativos. Optei por fazer a codificação das informações a partir de cada entrevista separadamente. O passo seguinte foi fazer uma leitura criteriosa e repetitiva dos códigos e unir as informações comuns relatadas pelas três participantes do estudo. Esse também foi um momento difícil, foi um verdadeiro ir e vir e, mais uma vez, foi-me necessário ser criativa, sensível e utilizar minha intuição.

Após juntar todos os trechos em comum com palavras codificadas similares, dei por concluída a etapa da codificação. O próximo passo foi escolher os códigos mais significativos para continuar a análise, pois os relatos deram origem a muitos códigos, sendo que alguns deles representaram informações isoladas, não ajudando na formação das categorias. Esse processo foi feito manualmente.

A etapa seguinte foi a formação das categorias, “que consistem num conjunto de expressões com características similares ou que tenham estreita relação de

complementaridade estabelecida de acordo com determinado critério” (TRENTINI e PAIM, 2004, p. 94). As autoras afirmam ainda que as categorias têm como base os códigos; cada código representa o ponto de convergência de um conjunto de categorias e a qualidade dos conjuntos de categorias depende da profundidade das informações e esta da habilidade do pesquisador em obter informações.

Morse e Field, citados por Trentini e Paim (2004), dizem que o processo de **apreensão** será alcançado quando o pesquisador tiver dados suficientes para fazer um relato completo, detalhado, coerente e substancial do conjunto de informações. Fez-se necessário incluir, no processo de apreensão, as informações referentes ao Modelo de Cuidar.

Ao término dessa etapa, iniciou-se a fase de interpretação, constituindo-se de três processos fundamentais: **síntese, teorização e transferência**.

O processo de **síntese** foi a parte da análise em que foram examinadas, subjetivamente, as associações e variações das informações. Nessa etapa, eu realizei leituras exaustivas a fim de imergir nas informações trabalhadas na fase de apreensão, tentei memorizar o que realmente ocorreu no contexto estudado até conseguir uma familiaridade com as informações. Essa etapa envolveu um profundo trabalho intelectual.

No processo de **síntese**, eu consegui fundir as histórias e experiências vivenciadas pelas mulheres-avós e suas famílias e por mim mesma. Eu conseguia imaginar como elas estavam reagindo frente à situação vivenciada com o processo de amamentação e percebia o que acontecia em cada ambiente. Foi preciso fundir as histórias, experiências para poder descrever os significados da amamentação que emergiram das informações.

Na fase de **teorização**, desenvolvi um esquema teórico, a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese. Foi o momento em que os temas/conceitos foram definidos e as relações entre eles descritas detalhadamente. Então, se fez necessário descobrir os valores contidos nas informações, que auxiliaram na formulação de pressupostos e questionamentos. A teorização foi alcançada por meio de um trabalho intelectual, que consistiu em elevar as informações ao mais alto nível de abstração. A **interpretação** foi feita **à luz do Interacionismo Simbólico, dos**

**objetivos propostos e dos conhecimentos teóricos sobre o processo de amamentação** na medida em que foi feita a associação destes com os dados analisados, com o intuito de buscar novos conceitos, suas definições e inter-relações, constituindo as conclusões do estudo.

O processo de **transferência ou recontextualização** consiste na possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas e procurar contextualizá-los em situações similares. A intenção da transferência é de socialização de resultados singulares.

Morse (2003) ressalta que a recontextualização é a verdadeira potência da investigação qualitativa. É o desenvolvimento de uma teoria emergente de maneira que seja aplicável em outros contextos similares. Acredito que deste estudo brotará um novo conhecimento e um novo modo de pensar o cuidado às mulheres-avós que exercem cuidados às suas filhas, noras e netos em processo de amamentação.



*“Só podemos saber se algo vai dar certo ou não,  
se começarmos a fazê-lo”.*

*Paulo Baleki*

*CUIDANDO DAS PRECIOSIDADES: A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO  
DE CUIDAR EM ENFERMAGEM*

## **5 CUIDANDO DAS PRECIOSIDADES: A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM**

Neste capítulo, relatarei a minha vivência com a implementação do Modelo de Cuidar em Enfermagem a Mulheres-avós e sua família em processo de amamentação. Descreverei como ocorreu sua implementação na prática, as dúvidas e dificuldades que surgiram e como eu as resolvi.

### **5.1 Implementando o Modelo de Cuidar junto às preciosidades**

Neste momento, apresento a implementação do **Modelo de Cuidar em Enfermagem Junto a Mulheres-avós e sua família em processo de amamentação**. Para um melhor entendimento de como o Modelo de Cuidar em Enfermagem foi implementado, optei por relatar os três processos desenvolvidos, pois levei em consideração a preciosidade de cada caso e acredito que, dessa forma, este estudo ficará mais iluminado e enriquecido com os detalhes vivenciados.

Por ser o Modelo de Cuidar em Enfermagem dinâmico, suas fases se sobrepõem, sendo necessário, em alguns momentos, conhecer e definir o cotidiano e as interações, propor, implementar e repensar sobre um cuidado num espaço curto de tempo. Diante disso, decidi relatar cada encontro separadamente, registrando em negrito as etapas do Modelo de Cuidar em Enfermagem e sublinhando os cuidados propostos e implementados para melhor entendimento do leitor.

### 5.1.1 Cuidando de ESMERALDA

#### **Primeiro Encontro – no hospital, o primeiro dia após o nascimento**

Ao entrar em um dos quartos da unidade, encontrei ESMERALDA, a primeira mulher-avó que integrou este estudo. Ela estava acompanhando sua nora que havia sido submetida á cesarea na noite anterior. Aproximei-me e me apresentei. Esta foi a primeira interação – enfermeira-mulher-avó-puérpera-neta, dando inicio à primeira etapa do Modelo de Cuidar em Enfermagem, denominada **Conhecendo o Cotidiano e as Interações**.

O recém-nascido estava sendo embalado por ESMERALDA, chorava muito. A puérpera apresentava, em sua face, semblante de dor, informando estar com dificuldade para urinar. Nesse momento, a enfermeira da unidade apareceu e relatou que iria passar uma sonda vesical de alívio e saiu para preparar o material. A mulher-avó estava conseguindo acalantar o recém-nascido, o que me levou a visualizar a segunda etapa do Processo de Cuidar, **Definindo a Situação do Cotidiano e do Cuidado**. Foi ai que, senti necessidade de **propor e implementar um cuidado** com a família de ESMERALDA. Expliquei para ambas que era comum acontecer a retenção urinária em pós-operatório de parto cesárea. Disse para a puérpera manter-se tranqüila e tentei implementar alguns cuidados como: massagear na região supra-púbica, pedir que ela imaginasse o barulho de água corrente, o que facilitaria a eliminação urinaria, porém sem êxito, fazendo-se necessária a passagem da sonda vesical de alívio. Tal procedimento foi realizado pela enfermeira da unidade. Após passagem da sonda, a puérpera e a mulher-avó ficaram mais tranqüilas. Permaneci por algum tempo junto a elas, ajudando no que se fazia necessário e aguardando por um momento mais oportuno para discorrer sobre o meu estudo. ESMERALDA cuidava de sua nora com muito carinho, mostrava-se preocupada em ajudar a resolver os problemas que surgissem.

Passados alguns minutos, percebendo que elas estavam mais tranqüilas, mantive uma nova aproximação e falei sobre o meu estudo. Deixando-me conhecer, dei prosseguimento à etapa do **Conhecendo o Cotidiano e as Interações**, momento em que elas consentiram em participar do estudo. Mantivemos uma conversa informal sobre as mesmas, com intuito de nos conhecermos melhor. Esse era o terceiro filho de

sua nora, e a mesma se mostrava segura com o processo de amamentação. Demonstrava facilidade em lidar com a situação, a de ser mãe, mulher e nutriz pela terceira vez. ESMERALDA, por sua vez, demonstrava interesse em cuidar da nora e neta. Estava sempre pronta a ajudar e informou que sempre cuidava dos netos ao nascimento. Nesse momento, o ouvir atentamente foi um cuidado imprescindível.

No final dessa manhã, a puérpera recebeu a visita de seu sogro, marido e filhos, momento em que conheci os demais familiares de ESMERALDA, dando prosseguimento ao **Conhecendo o Cotidiano e as Interações**. Cada um dos familiares que conhecia o recém-nascido expressava uma determinada atitude. O sogro mostrava-se bastante falante. A filha de doze anos, quando encontrou sua irmãzinha pela primeira vez, demonstrou em seu semblante uma expressão que eu não conseguiria descrever de tão belo que foi. Não sabia se sorria, se tocava a criança, se respondia às perguntas da mãe, não tirava os olhos da recém-nascida. Não tenho palavras para descrever esse momento, senti-me emocionada diante daquela situação. O irmão, de 9 anos mostrou-se meio assustado, não conseguia chegar mais perto da irmãzinha, mesmo sua mãe pedindo para que ele se aproximasse e tocasse a recém-nascida, porém ele se mostrava resistente ao toque.

Embora a mulher-avó estivesse ausente, fiquei feliz por participar desse instante e ver a felicidade dos membros da família com a chegada do novo ser em seu processo de viver. Foi bastante gratificante presenciar cada interação e cada gesto advindo deste encontro.

Discuti e refleti com ESMERALDA a possibilidade de aguardarmos mais um pouco para realizarmos o nosso primeiro Encontro, uma vez que eu havia planejado para realizar em grupo, a fim de fazê-lo mais dinâmico. Após chegarmos a um consenso, decidimos que seria melhor esperarmos. Nesta tarde, ESMERALDA foi para sua residência para descansar um pouco.

Na etapa do **Repensando sobre o Cuidado e o Cotidiano**, percebo que esse encontro foi permeado por cuidados, os quais foram propostos e implementados de forma satisfatória, transformando esse momento rico em interações. Nessa manhã, fiquei refletindo sobre o projeto de prática assistencial, no qual eu havia planejado encontrar-me com as mulheres-avós em conjunto e, assim, desenvolver a dinâmica

criativo-sensível com a massa de modelar, no entanto, eu somente havia me encontrado com ESMERALDA, por isso decidi esperar que aparecessem outras mulheres-avós, para assim colocar em prática o que havia planejado anteriormente.

### **Segundo Encontro – no hospital, o segundo dia após o nascimento**

No segundo encontro, ESMERALDA não se encontrava ainda na unidade. Era a manhã do segundo dia de pós-parto. Eu continuava **Conhecendo o Cotidiano e as Interações**, ao mesmo tempo em que ia **Definindo a Situação do Cotidiano e do Cuidado**. Fiz perguntas para saber como a puérpera estava se sentido e como havia passado a noite. A puérpera estava bem disposta, sendo acompanhada pelo marido. Relatou ter passado bem a noite, o bebê estava bem tranqüilo, mamava sem problemas. Os pais estavam felizes. Não encontrei riscos para o desmame precoce, nem identifiquei fatores que pudessem influenciar e dificultar o processo de amamentação. Naquela manhã, não fiquei muito com a puérpera, deixei-a curtir o momento do nascimento de sua filha junto com seu esposo. Entretanto, de vez em quando eu adentrava o quarto com intenção de ajudá-la, caso fosse necessário, já que ESMERALDA não se encontrava no hospital. O **Propondo e Realizando o Cuidado** foi permeado por elogios, incentivo a continuar com a amamentação e o se colocar à disposição caso houvesse necessidade. No **Repensando sobre o cuidado e o cotidiano**, percebi a importância dos elogios e do se colocar à disposição como elementos do cuidado, os quais precisariam ser mais utilizados pelas enfermeiras. Eles reforçam o cuidado, ajudando os seres humanos a desenvolverem a confiança e a sua potência.

### **Terceiro Encontro – no hospital, o terceiro dia após o nascimento**

No terceiro dia de pós-parto, encontrei novamente ESMERALDA acompanhando sua nora. Estava entusiasmada e disse que estava feliz em participar do meu estudo e curiosa para participar do primeiro Encontro Individual, uma vez que eu ainda não havia conseguido promover o encontro entre as mulheres-avós. A puérpera estava tranqüila, amamentava sem dificuldade, o recém-nascido, também, estava tranqüilo. Porém, identifiquei que a nora de ESMERALDA estava apresentando

traumas mamilares, necessitando de cuidado para que isto não dificultasse o processo de amamentação. Discutimos sobre os cuidados com traumas mamilares, bem como acompanhei a puérpera durante a aplicação de raios infra-vermelho na região mamilar, ajudando-a no posicionamento e controlando o tempo de aplicação. Enquanto isso, ESMERALDA ficou em companhia da neta. Mais uma vez, as etapas do Modelo de Cuidar aconteceram de forma bem dinâmica, como que acontecendo ao mesmo tempo. Foi possível, então, **Conhecer o Cotidiano e as Interações; Definir a Situação do Cotidiano e do Cuidado; Propor e Realizar o Cuidado** quase que simultaneamente. Na etapa do **Repensando sobre o cotidiano e o cuidado**, refleti sobre os cuidados realizados e pensei em ficar mais atenta ao posicionamento e pega do recém-nascido, uma vez que esta é uma das causas que levam a traumas mamilares. Também senti satisfação em perceber que ESMERALDA estava feliz em participar do estudo.

#### **Quarto Encontro – no hospital, na tarde do terceiro dia após o nascimento: o Encontro Individual**

No período da tarde do terceiro dia, ocorreu o quarto encontro com ESMERALDA, momento em que aconteceu o primeiro Encontro Individual, no qual realizei uma dinâmica criativa-sensível e a primeira entrevista individual. ESMERALDA demonstrava estar muito contente por participar dessa atividade, expressava isto verbalmente e através dos seus gestos: mantinha-se sempre alegre e comunicativa. Relatei novamente os objetivos do estudo, apresentei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento para Gravação e Fotografia. Após a mesma ter lido e assinado, entreguei-lhe uma cópia.

Em seguida, entreguei-lhe a massa de modelar e expliquei como ela poderia trabalhar com esse material. Lancei a pergunta norteadora: **O que é a amamentação para você?** Permaneci em silêncio durante essa atividade, deixando-a modelar sua criação. Observei-a por uns minutos e depois a fotografei. Ela modelava uma criança com cores vivas. Quando a mesma terminou sua modelagem e apresentou-me, pedi que relatasse verbalmente o que significava sua criação, a fala foi gravada e posteriormente transcrita. Mesmo com a fala sendo gravada, eu ainda registrava em meu diário de campo os pontos mais marcantes daquele relato, com intuito de captar

de forma imediata o significado da amamentação e, a partir daí, poder **Conhecer o Cotidiano e as Interações; Definir a Situação do Cotidiano e do Cuidado; Propor e Realizar o Cuidado**, com base no que ia surgindo durante o relato.

**ESMERALDA** modelou **um bebê**. Informou que ele estava sorrindo, para demonstrar que era um bebê que estava feliz e saudável. Descreveu sua modelagem da seguinte forma:



*O aleitamento materno é saúde, é prevenção, é facilidade no desenvolvimento da criança, é o essencial, traz saúde para criança, imuniza tudo quanto é tipo de doença, eu penso que é uma criança saudável (...) amamentação é vida, é saúde para o bebê, e aí achei que fazendo este bebê sorrindo já mostrava o que eu disse que ele tá feliz, não é? Saudável, tá feliz (ESMERALDA).*

Quanto a **sua vivência e experiência com a amamentação**, informou ter amamentado os 4 filhos, sendo que a primeira vez foi mais difícil, porque sentia dor, o peito rachava, o seio ficava empedrado, além de não ter os ensinamentos de que se dispõe hoje quando se tem um bebê, quando as pessoas explicam como tirar o leite. A sua mãe havia ensinado algumas coisas bem pertinentes para quem está amamentando; a de que quando se vai dar “de mamar” tem que estar tranqüila, não pode estar cansada. Relatou que sua mãe sempre dizia:

*Se você estiver fazendo alguma coisa, primeiro descanse e depois dê o peito, porque através do leite vai o carinho, se você tiver com algum problema, pode passar para o bebê (ESMERALDA).*

Amamentou os filhos até os 4 ou 5 meses quando o pediatra ensinou a dar outro alimento. Utilizou a mamadeira para alimentar seus filhos, percebendo que os mesmos logo deixavam de amamentar.

**ESMERALDA** relatou, ainda, que “*oferecer alimento como canjica aumenta a produção do leite*”, o que havia adotado quando teve seus filhos, porque sua mãe ensinara e estava pretendendo usar com a nora também. Ainda falou sobre outros cuidados com os recém-nascidos e puérperas, como o cuidado com o coto umbilical, administração do óleo de rícino para realizar limpeza pós-parto. Eu apenas ouvia o seu relato.

Esse foi um momento em que houve um aprofundamento na fase do **Conhecendo o Cotidiano e as Interações**. No entanto, esse foi também o momento do **Definido a Situação do Cotidiano e do Cuidado**, no qual pude conhecer o significado da amamentação para **ESMERALDA**, compreender como ela vivenciou a prática do aleitamento materno deu-me subsídio para identificar as necessidades de cuidados e reconhecer riscos para o desmame precoce e identificar os fatores que poderiam influenciar e dificultar o cuidado de **ESMERALDA** à sua nora e neta. Também foi possível identificar maneiras de ajudá-la a promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

No **Propondo e Realizando o Cuidado**, discutimos sobre os benefícios do aleitamento materno para a puérpera, recém-nascido, família, comunidade, sociedade e planeta, quanto a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança, complementado a partir daí com outros alimentos próprios para a idade, porém continuando com o leite materno até os dois anos ou mais, conforme a vontade da nutriz; fisiologia da lactação; livre demanda; cuidados com as mamas; malefícios do uso da mamadeira e sobre a importância do apoio que a nutriz necessita para amamentar com tranquilidade.

Os **cuidados propostos e realizados** foram direcionados com um olhar de troca de experiências, sempre respeitando os valores, as crenças e os significados, constituindo-se em um cuidado educativo. Também foram discutidos os cuidados com o coto umbilical do recém-nascido, devido este tema ter surgido na nossa conversa. Esse momento também foi permeado por um cuidado mais sensível como o ouvir, o

respeitar as crenças e valores, o trocar experiências, o valorizar a experiência do outro, dentre outros.

Ao final do Encontro, foi possível **Repensar sobre o Cuidado e o Cotidiano** que envolvem as interações e o processo de aleitamento materno. Percebi que os significados e a prática da amamentação relatada por ESMERALDA iriam ajudá-la a cuidar de sua nora e neta. Senti-me feliz em perceber isto e foi um instante em que repensei sobre o meu próprio significado de que as mulheres-avós influenciam de modo a desestimular essa prática. Percebi também quanto conhecimento ela trazia consigo de suas vivências e experiências com a amamentação e, mais ainda, que estes poderiam ajudá-la no cuidado com sua nora.

#### **Quinto Encontro – A primeira visita domiciliar: onze dias após o nascimento**

A primeira visita a ESMERALDA aconteceu na segunda semana de pós-parto. Fui recebida com muito entusiasmo, a residência era construída de alvenaria, possuindo saneamento básico, luz elétrica, telefone. Nesse prédio residia ESMERALDA e seu esposo em um apartamento, a sua nora e seu filho em outro e uma outra filha em outro apartamento. Fui primeiro à casa de ESMERALDA, conversamos um pouco sobre assuntos diversos relacionados ao cotidiano de nossas vidas. Em seguida ela me levou até a casa de sua nora, encontrei o recém-nascido nos braços de uma tia e a mãe da puérpera. Este foi o momento em que o **Conhecendo o Cotidiano e as Interações**, mais uma vez, se fizeram presente. A puérpera estava tomando banho. O recém-nascido estava usando chupeta. Fiquei por mais um tempo e depois retornei ao apartamento de ESMERALDA. Perguntei a ela como estava cuidando de sua nora. Informou que fizera por várias vezes canja de galinha e canjica para dar a sua nora. Usou a faixa no umbigo do bebê depois que o coto havia caído, mas foi somente por um dia, porque o umbigo estava protuso. Informou que sua neta estava apresentando cólica, porém continuava sendo amamentada exclusivamente com leite materno. A puérpera não estava ingerido leite de vaca porque disseram a ela que não podia, pois dava cólica no bebê. ESMERALDA informou que achava que ela poderia beber um pouco, o que não podia era exagerar. Aguardei a presença da nora de

ESMERALDA. Com a sua chegada, cumprimentei-a e perguntei como ela estava. Respondeu que estava indo fazer uma consulta de revisão e iria retirar os pontos da cirurgia naquele dia, porém referiu estar sentindo dor abdominal, mas não era no local da cirurgia e, sim no local onde havia sido realizada a ligadura de trompas. Ao **Conhecer o Cotidiano e as Interações**, fez-se necessário proceder às etapas seguintes, o **Definindo a Situação do Cotidiano e do Cuidado e Propondo e Realizando o Cuidado**. Conversamos sobre a necessidade de uma alimentação balanceada, que o uso do leite de vaca para a puérpera somente era prejudicial quando ingerido em excesso. Trocamos experiências quanto aos malefícios que o uso da chupeta provoca nos recém-nascidos, além de prejudicar a amamentação. Foi necessário discutir sobre cólicas no recém-nascido, uma vez que este problema se encontrava presente. Conversamos ainda sobre as dores abdominais e pedi que ela relatasse ao médico tudo que estava acontecendo, apesar de saber que as dores no pós-parto de cesárea acompanhada da ligadura de trompas era comum.

A nora de ESMERALDA relatou que sua filha não estava aceitando a chupeta. Após alguns minutos, ela se despediu e saiu para a sua consulta. Continuei conversando com ESMERALDA. Ela relatou que, sua nora também pediu que ela não fizesse mais a canja e a canjica, porque ela não queria mais tomar. Ela parecia ter ficado um pouco magoada, pois fez comentários como “*não me conformo com as mudanças*”. Ela acreditava que como ela viveu isto e foi bom para ela, também poderia ser para sua nora. Pensei no choque de culturas, o da sogra que queria manter os cuidados passados e os da nora que não os queria aceitar. Conversamos mais um pouco, percebi que ela realmente acreditava no aleitamento materno, somente tinha alguns valores com relação à alimentação da nutriz. Abordei mais uma vez sobre a fisiologia da lactação, com intuito de mostrar-lhe que a quantidade de leite produzido dependia da sucção do bebê. Quanto aos cuidados com o recém-nascido, o uso da chupeta e a utilização da faixa no coto umbilical foram os cuidados que ao olhar do saber profissional não estavam adequados. Discuti sobre a faixa umbilical por acreditar que o ser humano precisa ser cuidado de forma integral. Sai da residência de ESMERALDA, **Repensando sobre o Cuidado e o Cotidiano**, acreditando que os cuidados propostos e realizados foram pertinentes para esse momento, embora muitos

desses cuidados já tivessem sido discutidos. A relação conflituosa de ESMERALDA com sua nora me inquietou, fiquei meio insegura ao lidar com tal situação. Marcamos o próximo encontro e me despedi da mesma.

### **Sexto Encontro – A segunda visita domiciliar, aos 25 dias após o nascimento**

No dia 05/10/2004, encaminhei-me à residência de ESMERALDA, para realizar a segunda visita domiciliar. Chegando lá, mais uma vez, fui recebida com muita satisfação. Percebi que ESMERALDA estava um pouco ansiosa. Comunicou-me, com muito pesar, que sua viagem havia sido antecipada para aquela tarde e que, infelizmente, não poderia ir ao nosso Encontro em Grupo, apesar de eu ter antecipado este encontro para que ela participasse. Senti-me triste, mas - o que fazer? Imprevistos acontecem.

Perguntei como estava sua nora e sua neta. Disse-me que sua neta continuava apresentando cólica e que estava deixando a família angustiada. Fui até a casa da puérpera e encontrei a mesma segurando o bebê que chorava muito. Estava um pouco ansiosa, caminhando de um lado para outro. Nesse momento, o **Definir a Situação do Cotidiano e do Cuidado, Propor e Realizar o Cuidado** aconteceram de forma simultânea. Primeiro, tentei acalmá-la e depois orientei alguns cuidados que poderiam ser realizados com o recém-nascido, como massagens no abdômem, movimentos dos membros inferiores, posicionamento do recém-nascido, utilização de compressas mornas, a entrega da criança a outra pessoa para segurar, acalentá-lo e principalmente continuidade da amamentação. Ela informou que já havia levado o bebê ao médico. Observei que o bebê continuava a usar a chupeta. Após essa conversa com a puérpera, retornei à casa de ESMERALDA.

Percebi que ESMERALDA estava angustiada. Perguntei o que estava acontecendo. Ela informou que o pediatra tinha prescrito o uso de chá numa colher e que ela havia dito a sua nora, que era para ela mesma ingerir o chá, o que poderia aliviar as cólicas do bebê, ao invés de dar o chá ao bebê. Porém, sua nora não estava seguindo mais seus conselhos. Informou também que ela não estava mais segurando o bebê, sendo que ela havia pensado que quem cuidaria da criança nos primeiros dias

seria ela, como dar os banhos, fazer o curativo no umbigo, dentre outros cuidados. Percebi que ela estava triste com isto, até falou que não iria mais se envolver com os problemas e que até pensou que, como era o terceiro filho de sua nora, achava que ela deveria ficar mais tranqüila. Mais uma vez, eu estava **Conhecendo o Cotidiano e as Interações, Definindo a Situação do Cotidiano e do Cuidado.**

Diante da situação, fez-se necessário **Propor e Realizar o Cuidado** agora com a mulher-avó. E, nesse momento, percebi que o ouvir e estar junto poderiam ser utilizados como um cuidado, apesar de sentir a necessidade de emitir a minha opinião com o intuito de ajudar a contornar a situação estabelecida. Disse-lhe para não ficar magoada com sua nora, pois isto a afastaria de sua neta e de seus familiares, e que seria bom manter o relacionamento tranqüilo e amigável; que ela não deixasse que isto interferisse na vida deles. E que, naquele momento, o melhor que ela podia fazer era apoiar sua nora, no intuito de deixá-la mais tranqüila com a situação que estava vivendo. No entanto, ela falou que “*graças a Deus iria viajar e ficaria longe por uns 20 dias*”. Apesar de tentar cuidar dessa mulher-avó nesse momento, senti-me meio impotente, com a sensação de não ter cuidado de forma satisfatória, porém foi o que pude proporcionar nesse instante.

Após esse dialogo com ESMERALDA, voltei à casa da puérpera, dei-lhe o número de meu telefone e informei que se precisasse de alguma coisa poderia me ligar. A mesma estava mais tranqüila.

Antes de sair, perguntei a ESMERALDA o que significou a minha presença entre elas e se eu havia ajudado nos cuidados com sua nora. Ela disse que tinha aprendido muitas coisas comigo e que a primeira oficina foi bastante interessante e que ela nunca fizera isto antes. Disse ainda que se sentiu bastante à vontade comigo. Despedi-me de ESMERALDA, já que ela estava apressada, pois ainda iria terminar de arrumar-se para sua viagem.

**Definindo a Situação do Cotidiano e do Cuidado**, percebi que os conflitos intergeracionais continuavam acontecendo. A cultura da mulher-avó entrando em conflito com a da nora. Percebi que as questões culturais são marcantes nesse momento e que realmente geram muitos conflitos. Deparei-me com conflitos geracionais e com crenças, tabus e valores que permeiam a cultura do amamentar.

Nesse momento, tentei agir como mediadora, com o intuito de ajudá-las a manter uma relação harmoniosa e, assim, contribuir para o cuidado com a família.

A etapa **Repensando sobre o Cuidado e o Cotidiano**, deixou-se pensativa e triste, primeiro pela situação encontrada e meio confusa quanto aos cuidados propostos e realizados; segundo, porque ESMERALDA não iria participar do Encontro em Grupo, o que me impediria de implementar outros cuidados necessários a ela e à sua família. Mas não deixei que esse fato me impedisse de desenvolver o cuidado com as outras mulheres-avós, ao contrário ele foi permeado por reflexões, dando-me forças para continuar com a minha proposta.

Como a nora de ESMERALDA não entrou em contato comigo, telefonei para ver como estavam lidando com a situação, porém não consegui falar com a puérpera e ESMERALDA ainda estava viajando. A pessoa que atendeu ao telefone informou que o bebê se encontrava bem melhor e a puérpera não estava em casa no momento. Então, percebi que resolveram a situação.

#### **Sétimo Encontro – onze meses após o nascimento, um contato telefônico**

Mantive contato telefônico com ESMERALDA a fim de marcarmos mais uma visita domiciliar. A mesma ficou bastante feliz ao receber a minha ligação. Conversamos um pouco e perguntei se poderia ir visitá-la novamente. Já haviam-se passado 11 meses do nosso primeiro contato. Informei que tentei contato com ela em outras ocasiões, porém sem êxito. Ela informou que poderia ter sido em momentos em que ela estava viajando, porque continuava sempre viajando. E ainda informou que estaria viajando no dia seguinte e não sabia quando retornava, o que impossibilitou a realização da terceira visita domiciliar. Então, perguntei se poderia lhe fazer algumas perguntas por telefone e ela disse que sim. Perguntei como estava o seu dia-a-dia e ela me disse que estava tudo tranqüilo. Então, dei início a mais uma etapa do **Conhecendo o cotidiano e as interações**.

Informou que sua neta estava linda, já estava caminhado e falando algumas palavras. Era uma criança feliz, tranqüila, alegre, boazinha, acordava sempre sorrindo, não chora muito e quando fica doente é somente um resfriado que logo passa. Ela fica com sua neta sempre no período da manhã, pois, no período da tarde, vai para uma

escolinha. A criança foi amamentada de forma exclusiva até os 5 meses, quando foram iniciados os alimentos complementares por sugestão do pediatra. Continuou utilizando a chupeta, além de ter utilizado a mamadeira para alimentá-la. Continuou mamando até o sétimo mês de vida, porém a própria criança começou a não querer mais mamar no seio materno.

Disse que os conflitos com sua nora continuavam, mas ela tentava resolver de forma harmoniosa. Continuava se queixando de que sua nora não a escutava muito e muitas coisas que ela orientava ela dizia que não ia fazer. Então, ela informou ter dito a sua nora:

*Tem coisas que a mãe da gente ensina que mesmo não concordando podemos fazer enquanto ela está por perto e quando ela não está não fazemos, mas pelo menos não a contrariamos (ESMERALDA).*

Relatou ainda que sua nora era muito teimosa, não seguia os seus conselhos. Chegou um momento que, quando a mesma vinha pedir sugestão sobre um determinado assunto, ela mandava perguntar ao pediatra. Em alguns momentos, o pediatra orientava a mesma coisa que ela. Percebi que ESMERALDA dava muito valor às práticas populares que havia aprendido com sua mãe.

Ao **Definir a Situação do Cotidiano e do Cuidado**, percebi que o uso da mamadeira e da chupeta permanecia presente, assim como continuavam existindo os conflitos sogra-nora. No **Propondo e realizando o cuidado**, conversamos mais um pouco sobre os conflitos gerados em família, disse-lhe que eles sempre existiram e que precisamos ter sabedoria para enfrentá-los.

Relatou ainda que outra nora sua estava grávida. Falou que com esta não ia ter muitos conflitos porque a mãe de sua nora pensava como ela e sabia que a nora iria escutar mais a mãe, e isto a deixava mais tranqüila.

Perguntei como ela via o papel da mulher-avó no cuidado em amamentação. Ela disse que via seu papel na promoção da amamentação como secundário. E achava que a enfermeira devia primeiro cuidar da mulher nutriz. Deveria orientá-la sobre a amamentação, porque agora as coisas haviam se modificado muito, não são mais como

na sua época, os pediatras estão orientando tudo diferente. Ela disse que os cuidados que ela não iriam prejudicar ninguém, até porque “*a gente não vai querer o mal para a criança*” (ESMERALDA).

Relatou ainda que o papel da enfermeira é de extrema importância na rede hospitalar. No domicílio, ela deixou claro que a família deve ser responsável por esses cuidados. Informou que aprendera muito comigo, mas ainda tinha coisas que ela gostaria de seguir como sua mãe a orientou. Acreditava muito nas práticas populares e se sentia bem segura quando podia utilizá-las.

Ao **Repensar sobre o cuidado e o cotidiano**, percebi que os cuidados propostos e realizados foram pertinentes para o momento vivenciado, uma vez que, durante todo o processo de cuidado, mantive respeito a crenças, valores e tabus que circundaram o processo de amamentação para ela. O meu papel foi o de orientar e tentar sensibilizar a mulher-avó e seus familiares quanto aos cuidados pertinentes e necessários durante o processo de amamentação. Sei que algumas orientações não foram seguidas, como, por exemplo, o uso da chupeta e mamadeira.

Mesmo acreditando nas crenças populares, ESMERALDA, em nenhum momento se sentiu constrangida com as minhas orientações. Afirmava sempre que, mesmo com as modificações ocorridas, ela não deixaria de implementar os cuidados que aprendera com sua mãe. Acredito que minha posição de apenas orientá-la e não julgá-la foi fator para manter nossa interação de forma harmoniosa. Creio que, apesar de não ter conseguido sensibilizá-la quanto a alguns cuidados, não se anulou o mérito da implementação do Modelo de Cuidar em Enfermagem. A amamentação exclusiva foi mantida até o quinto mês, mas, apesar de não ter atingido o proposto pelo Ministério da Saúde na exclusividade, a criança ainda mamou até o sétimo mês.

### 5.2.2 Cuidando de BRILHANTE

#### **Primeiro Encontro – no hospital, no primeiro dia do nascimento**

Conheci BRILHANTE e sua família na manhã do segundo dia em que havia dado início ao estudo, sendo ela a segunda mulher-avó a participar do estudo. O **Conhecendo o Cotidiano e as Interações** aconteceu quando cheguei a uma das

enfermarias e encontrei as pessoas sorrindo, felizes, contando histórias de suas vidas. Apresentei-me e logo estava participando da conversa entre elas. Deu-se, nesse momento, o meu primeiro contato com BRILHANTE. Ela é bastante sorridente, simpática e amável, estava acompanhado sua nora que teve parto natural naquela madrugada. Encontrava-se com sua neta nos braços. Aproximei-me delas, perguntei onde moravam, ao que responderam: em Ingleses. Nesse momento, BRILHANTE entregou o bebê à nora. A puérpera prontamente colocou-o para ser amamentado. Observei, por alguns instantes e percebi que a posição e pega não estavam corretas, **Definindo a Situação do Cotidiano e do Cuidado.** Em seguida, no **Propondo e Realizando o Cuidado**, perguntei se poderia ajudar a melhorar a posição e pega, e ela disse que sim. Então, lhe expliquei como deveria segurar o bebê e quais os pontos importantes para que ela percebesse que a criança estava conseguindo mamar de forma adequada. Ela seguiu todos os passos que eu havia orientado, melhorando, assim, a posição e a pega. BRILHANTE estava acompanhando a nossa conversa e observava com atenção.

Ao identificar que elas não residiam na área de abrangência por mim estabelecida, fiquei em dúvida quanto à inclusão delas no estudo. Porém decidi que eu não poderia perder a oportunidade de trabalhar com essa família, especificamente porque a mulher-avó estava acompanhando a puérpera e iria acompanhá-la em seu domicílio. Saí da enfermaria por um momento e comecei a refletir sobre a metodologia que propus para o estudo. Como realizar uma oficina com apenas uma pessoa? Então, pensei que teria que mudar a metodologia, afinal todo planejamento é flexível. Até discuti com a enfermeira da unidade sobre minhas reflexões, ela informou que a unidade estava vazia naquela semana, porém ela acreditava que certamente eu encontraria mais mulheres-avós. Mesmo assim, decidi dar continuidade ao estudo realizando o primeiro Encontro Individual com BRILHANTE, entrevistando-a e observando-a, até porque a mesma retornaria para sua residência ainda naquela manhã. Até pensei em aguardar por ESMERALDA, mas esta somente retornaria à tarde. Então, decidi convidar BRILHANTE e sua família para fazerem parte do estudo.

Retornei para a enfermaria e perguntei se gostariam de participar do estudo e as duas, sogra e nora, concordaram de imediato. Expliquei-lhes sucintamente os

objetivos e a metodologia do estudo. Conversamos mais um pouco sobre elas, com o intuito de conhecer um pouco da história da família e assim complementar o **Conhecendo o Cotidiano e as Interações**. Esse era o segundo filho da nora de BRILHANTE. O primeiro era um menino de quatro anos e agora uma menina chegava para essa família. O primeiro filho havia sido amamentado sem muitos problemas, e esta também seria amamentada, conforme afirmação da puérpera. Discutimos um pouco sobre amamentação. As duas participavam das discussões relatando suas vivências e experiências. Depois dessa primeira interação, convidei BRILHANTE para realizar uma entrevista individual, concretizando, assim, o primeiro Encontro Individual.

### **Segundo encontro – no hospital no primeiro dia do nascimento, o primeiro Encontro Individual**

Encaminhamo-nos para a sala de reunião da Unidade de Alojamento Conjunto. BRILHANTE parecia feliz, pois estava sorrindo constantemente. Mais uma vez, esclareci sobre o estudo de forma mais detalhada. Apresentei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento para fotografia e gravação. Como BRILHANTE era analfabeta, eu procedi à leitura do mesmo. Em seguida, obtive a sua impressão digital em ambas as cópias dos termos. Entreguei uma para a mulher-avó e guardei a outra. BRILHANTE não fez restrições à gravação de nossa conversa, nem quanto à utilização da máquina fotográfica.

Primeiro fiz perguntas a BRILHANTE sobre ela e sua família com o intuito de conhecê-los melhor e para deixá-la à vontade durante esse momento. Ela falou da quantidade de filhos, onde morava e como fazer para eu chegar lá quando tivesse que realizar a visita domiciliar.

Em seguida, entreguei a massa de modelar e disse-lhe como deveria fazer. Então, lancei a questão norteadora: **que é amamentação para você?**



Em seguida, ela começou a modelar seu significado. Deixei-a envolvida em sua modelagem e fiquei a observar, ela estava modelando **dois “peitos”**. Ofereci, então, outra cor de massa de modelar, para que sua criação ficasse bem característica, uma vez que ela havia pegado apenas a massa de cor branca. BRILHANTE apresentava-se bastante serena durante este momento, às vezes expressava um sorriso, outras ficava um pouco séria, também ousei inferir que esse momento foi um verdadeiro recordar para ela do que havia vivenciado sobre a amamentação. Esse momento foi fotografado. Percebi que as etapas do Processo de Cuidar iam se concretizando e se sobrepondo, porque iam acontecendo simultaneamente.

Foi possível, então, **Conhecer o Cotidiano e as Interações, Definir a Situação do Cotidiano e do Cuidado e Propor e Realizar o Cuidado**, uma vez que a modelagem foi uma forma de conhecer, definir, propor e realizar um cuidado, na medida em que eu proporcionava um reencontro da mulher-avó com a prática da amamentação, através da mesma ia resgatando em sua memória fatos que vivenciara e experienciara enquanto mulher-mãe-nutriz, o que, com certeza, ajudaria a cuidar de sua nora nesse momento.

Ao **Repensar sobre o Cuidado e o Cotidiano** que eu estava realizando, percebi que eu havia interferido na escolha das cores que a mulher-avó havia escolhido para trabalhar com sua modelagem. Porém, somente percebi essa situação quando fui transcrever a fita com as nossas falas.

Em seguida, solicitei que ela expressasse verbalmente o que havia modelado e gravei seu relato em fita cassete, o qual relatarei resumidamente:

*mas, não é o leite da mãe que amamenta a criança? (...) então é a natureza*

*que Deus deixou (...) matou muito a fome dos meus filhos (...) eu criei todos os meus filhos só amamentando no peito, nunca dei de mamar na mamadeira, só o peito mesmo (...) nenhum ficou doente (BRILHANTE).*

Quanto a **sua experiência com a amamentação**, relatou que foi tranqüila, recebeu ajuda de sua mãe. Morava na zona rural e trabalhava no campo. Entretanto, relatou sobre o seu desgaste em trabalhar e ter que amamentar os filhos, pois chegava cansada do trabalho e tinha que ainda “dá mama”, informando que esses momentos eram considerados por ela como “sofrimento”, devido ao cansaço em que se encontrava. Como problema, relatou que o ingurgitamento foi o que esteve sempre presente, mas ela aprendera a esvaziar os peitos manualmente. Mas referiu que a amamentação para ela não foi difícil.

Apesar de ter amamentado seus filhos por um longo período e acreditar que o leite matou a fome deles, dizia que algumas mães não têm leite suficiente, outras, têm o leite fraco, porque a criança mama e fica chorando, sendo que as mães se vêm obrigadas a dar mamadeira. Informou que isso havia acontecido com uma de suas filhas, quando vivenciou o amamentar. Quanto a ela, dava graças a Deus por não ter tido esses problemas, porque todos seus filhos se criaram bem e nem doentes ficavam.

À medida que ia ouvindo e gravando esse relato, também ia anotando alguns significados que iam surgindo sobre a amamentação. Eram significados que, do ponto de vista profissional, iriam interferir e dificultar o processo de amamentação, podendo levar ao desmame precoce.

Após BRILHANTE ter terminado seu relato e eu ter conhecido o significado da amamentação, eu já havia **Definido a Situação do Cotidiano e do Cuidado** e já pensava em **Propor e Realizar o Cuidado**.

Como **cuidado proposto** para esse momento, decidi discutir as questões culturais que permeiam o processo de amamentação e que apareceram nos relatos de BRILHANTE, como leite fraco, leite pouco, choro do bebê, ingurgitamento mamário, ordenha manual do leite, benefícios da amamentação para a mulher, criança, família, sociedade e planeta, importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês,

porém continuado até dois anos ou mais, complementado com outros alimentos.

Ao **Repensar sobre o cuidado e o cotidiano**, saliento que BRILHANTE participou do diálogo ativamente, principalmente quando ia relatando a sua vivência e experiência com a amamentação. Esse foi mais um momento em que o respeito a crenças, valores e tabus teve que ser levado em consideração. Foi um momento gratificante para mim ao perceber que essa mulher-avó estava promovendo, protegendo e apoiando o aleitamento materno, uma vez que cuidava de sua nora com muito carinho e sabedoria.

Sua experiência com a amamentação foi boa, pois, apesar de ter enfrentado alguns problemas, ela via este momento como sem dificuldade, até porque conseguiu resolver todos eles com a ajuda de sua mãe. Apesar de ter encontrado alguns tabus, crenças e valores com relação ao leite materno como: leite fraco, pouco, não sustenta e choro, ela acreditava no leite materno e dizia que *“se ela puxar a mim, ela vai amamentar sim”*, referindo-se à sua nora e eu percebi que, se dependesse dela, com certeza sua nora iria amamentar sua neta. Refleti sobre esse comentário e percebi que este extrapola a herança sangüínea, uma vez que BRILHANTE é sogra e não mãe da puérpera, levando-me a refletir que a herança também pode vir pela convivência, *“família de laços de convivência”* (grifos meus).

BRILHANTE apresentou um conhecimento sobre a prática da amamentação que me deixou fascinada, dialogava sobre o assunto com muita segurança e propriedade. A sua vivência positiva com a amamentação, o cuidado que informou ter recebido de sua mãe e o relato de sua experiência em cuidar de outros netos me fez acreditar que as vivências e experiências agradáveis quando são transmitidas entre as gerações ajudam na superação de dificuldades, facilitando, dessa forma, a implementação do cuidado. Percebi que BRILHANTE cuidaria com esmero de sua nora, o que me fez refletir, mais uma vez, sobre a importância da mulher-avó na promoção, proteção e no apoio ao aleitamento materno. Elogiei-a pelos conhecimentos apresentados.

### **Terceiro encontro – no hospital, na tarde do primeiro dia do nascimento**

Esse encontro aconteceu no período da tarde. BRILHANTE foi para sua

residência e talvez retornasse no dia seguinte. Porém eu continuava cuidando da puérpera, pois o Modelo de Cuidar em Enfermagem envolvia a família, apesar da mulher-avó ser o foco principal. Assim, seguindo o **Propondo e Realizando o Cuidado**, conversava com a mesma, a fim de cuidar dela e da recém-nascida, caso houvesse necessidade. Estava sempre avaliando a pega e posição para ver se haviam melhorado. Também aproveitava para discutir outros cuidados com a amamentação, com a puérpera e com o recém-nascido, como, por exemplo: cuidado com as mamas, benefícios do aleitamento materno, cuidado com o coto umbilical, banho do recém-nascido, imunização, alimentação da nutriz, atividades a serem desenvolvidas no lar após alta hospitalar, cuidados higiênicos, dentre outros. Foi um dos momentos em que o cuidado foi direcionado à puérpera e a recém-nascida. Mais uma vez, as fases do Modelo de Cuidar iam se concretizando. Foi possível **Definir a Situação do Cotidiano e do Cuidado, Propor e Realizar o Cuidado**, bem como **Repensar sobre o cuidado e o cotidiano**.

#### **Quarto encontro – no hospital, dois dias após o nascimento**

Esse encontro ocorreu na manhã do segundo dia pós-parto. A puérpera informou que BRILHANTE talvez não retornasse mais ao hospital. Em relação a **Definindo a Situação do Cotidiano e do Cuidado**, observei que a puérpera estava tranqüila, o aleitamento materno se processava de forma harmoniosa e sem dificuldades. A pega e posição haviam melhorado. No **Repensando sobre o Cuidado e o Cotidiano**, percebi que estes estavam se desenvolvendo naturalmente, de forma que os problemas estavam sendo resolvidos.

#### **Quinto encontro – no hospital, na tarde do segundo dia após o nascimento**

Esse encontro aconteceu no período da tarde do segundo dia pós-parto. Mais uma vez, a etapa **Conhecendo o Cotidiano e as Interações** se concretizou. Estávamos assistindo a uma reunião com as puérperas e familiares sobre os cuidados na fase puerperal (cuidados básicos com RN, com puérpera, dentre outros) promovida pela enfermeira do Centro Obstétrico, pelas estudantes da oitava fase de enfermagem e por alguns alunos do curso de medicina. A nora de BRILHANTE estava participando

dessa reunião.

Em determinado momento, ela avistou um rapaz que vinha caminhando em sua direção com uma criança segurando pela mão. Seu rosto iluminou-se em um sorriso de felicidade, levantou-se e foi ao encontro dos dois. Eram seu filho e marido. De repente, o bebê já estava nos braços do pai e o outro filho sendo acariciado pela puérpera. Apreciei presenciar esse momento. O vínculo pai/recém-nascido/mãe e irmão estavam sendo estabelecidos. Apresentei-me a seu marido e deixei-os a sós para “curtirem” o momento.

No **Repensando sobre o Cuidado e o Cotidiano**, percebi o quanto as visitas fazem bem a puérpera, especialmente, pela oportunidade do filho menor poder conhecer sua irmãzinha ainda no hospital.

#### **Sexto encontro – no hospital, na tarde do terceiro dia após o nascimento**

Já era tarde do terceiro dia de pós-parto. Visitei a nora de BRILHANTE, que me informou estar de alta hospitalar. Fiquei um pouco com ela, pois estava sozinha. Para **Conhecer o Cotidiano e as Interações**, conversamos sobre como ela se encontrava, ela informou que estava bem, o recém-nascido mamava tranqüilamente. Ela estava feliz por estar de alta hospitalar.

Passados alguns minutos, a enfermeira da unidade veio orientar a puérpera para a alta hospitalar. Entregou vários impressos e, à medida que ia entregando, ia informando a puérpera como proceder após a alta, quanto ao registro de nascimento da criança, cuidados com ela e com o recém-nascido. Entregou a declaração de nascidos vivos, o cartão da criança, o cartão de alta, cartilha sobre a saúde do bebê e saúde da família.

Nesse momento, **Defini a Situação do Cotidiano e do Cuidado**, ao refletir sobre o tipo de orientação. A puérpera era analfabeta, e processar todas aquelas informações em um único momento era complicado, apesar de a enfermeira ter sido bastante clara em suas orientações. Então, **Propus e Realizei o seguinte Cuidado:** expliquei novamente, porém usando uma forma de comunicação que a fizesse entender melhor as orientações. Utilizei as técnicas de comunicação que eu havia aprendido no curso de Aconselhamento em amamentação, fazendo uso de palavras que ela

entendesse, usando a comunicação não verbal e evitando palavras que soassem como julgamento. Ainda utilizei outras estratégias de comunicação, abordadas no Curso da Estratégia de Atenção às doenças Prevalentes na Infância, com o intuito de facilitar o seu entendimento, como dar poucas e pertinentes informações, solicitar que ela repetisse o que eu tinha explicado, dentre outras.

A puérpera solicitou que eu telefonasse para seu esposo e lhe comunicasse sobre a sua alta. Perguntei como ela iria para casa e ela me informou que iria de ônibus. Fiquei pensando como seria difícil para aquela mãe sair da maternidade com a criança, sacolas e uma caixa de roupas para bebês que ela havia recebido no dia anterior de voluntárias que visitaram o hospital. Além disso, ela estava no terceiro dia de pós-parto.

**Propondo e Realizando o Cuidado.** Conversei com a enfermeira da unidade com o intuito de conseguir um meio de transporte para a puérpera ir para casa, mas, infelizmente, não consegui, ela teve que ligar para o marido providenciar um carro e vir buscá-la. Senti vontade de levá-la em casa, mas fiquei impedida por três motivos: teria que assistir aula na UFSC, não conhecia bem a localidade onde ela morava e temi causar transtornos para essa família.

No **Repensando sobre o Cuidado e o Cotidiano**, fiquei triste por não ter conseguido contribuir para resolver o problema que a família estava enfrentando, ou seja, a locomoção até a residência. Também foi um momento em que refleti sobre a forma como promovemos a orientação para alta hospitalar.

Informei a BRILHANTE que a primeira visita domiciliar seria na primeira semana de pós-parto. Perguntei se tinha algum número de telefone para que eu pudesse agendar a data correta da visita. Elas informaram que não tinham, então indaguei qual o melhor dia para elas. Informaram que poderia ser qualquer um, uma vez que elas não iriam sair de casa por aqueles dias. Então, deixei agendada a quarta-feira da semana seguinte.

### **Sétimo encontro – a primeira visita domiciliar, aos sete dias após o nascimento**

Cheguei à residência de BRILHANTE por volta das 10 horas, permanecendo lá

cerca de uma hora.

Fui recebida com muito entusiasmo por BRILHANTE e sua família. Estavam presentes um filho (que não era o marido da puérpera), seu neto de 4 anos, a neta (recém-nascida) e sua nora. Eles moravam em um local bem simples. A região peridomiciliar estava com lixo depositado a céu aberto, o caminho até as residências eram demarcados por pedaços de madeira por causa do terreno arenoso em que as casas eram construídas. O terreno possuía uma casa em construção de alvenaria, que segundo BRILHANTE, seria alugada depois. As demais casas eram construídas de madeira. Existiam 4 casas no terreno: numa morava um filho, na outra BRILHANTE e, na terceira, a puérpera e sua família.

A residência da nora de BRILHANTE era de madeira, construída em um terreno arenoso. A casa de BRILHANTE era também de madeira, possuía 3 cômodos e um banheiro, o qual era utilizado também pela família de sua nora. A casa de BRILHANTE estava limpa, porém a região peridomiciliar continha lixo depositado em alguns locais. A água que consumiam era diretamente da torneira.

Cumprimentei a todos. BRILHANTE, como sempre, bem sorridente e receptiva, estava tomando chimarrão. Mais a frente, avistei a puérpera com seu bebê nos braços, informando que estaria vindo para casa de BRILHANTE. Ao chegar, sentou-se próximo de mim. Cumprimentei-a e afaguei o bebê. Nesse momento, eu, mais uma vez, **Conhecia o Cotidiano e as Interações**, agora no o ambiente domiciliar.

A casa de BRILHANTE era simples, mas bem limpa. Perguntei como estavam, informou que estavam bem, o umbigo do recém-nascido já havia caído, mamava bastante, estava ganhando peso e urinava com frequência.

Perguntei se elas haviam tido algum problema com a amamentação, disseram que houve traumas mamilares e que o peito ficou um pouco empedrado. Então, perguntei como haviam resolvido o problema. BRILHANTE disse que ela queria passar fígado de galinha, mas que teria que ser de galinha morta na hora, como não conseguiu a galinha, não pôde tratar o trauma. Porém o trauma havia se curado sozinho. Quanto ao ingurgitamento, disseram que haviam feito a ordenha mamária e colocado o bebê para mamar. Na medida em que íamos **Definindo a Situação do**

**Cotidiano e do Cuidado**, também íamos **Repensando sobre o cotidiano e o Cuidado e Propondo e Realizando o Cuidado**. Os cuidados propostos e realizados foram basicamente educativos. Elogiei-a pelo cuidado realizado e discutimos um pouco sobre traumas mamilares, suas causas, os principais cuidados a serem realizados quando já está estabelecida e os cuidados preventivos. Achei importante abordar esses cuidados, mesmo que o problema já tivesse sido resolvido. Acredito que servirá para BRILHANTE orientar as outras noras e filhas, bem como para a própria experiência da puérpera e, porque não dizer, servirá para que a mesma possa orientar sua filha quando esta chegar a ser nutriz. Discutimos também sobre ordenha mamaria e sua finalidade.

Perguntei à puérpera como estava sendo cuidada por sua sogra, e ela falou que BRILHANTE a ajudava muito, não somente com as orientações, mas também cuidava de sua filha quando ela precisava, ainda **Definindo a Situação do Cotidiano e do Cuidado**.

Nesse momento, o filho de 4 anos apareceu descalço: estava frio e chuvoso. Perguntei pelo chinelo e falei da importância de andar calçado, ainda mais porque estava frio. Elas relataram que os dentes da criança estavam cariados e alguns estavam quebrados. Realizei uma avaliação na cavidade oral da criança e percebi que todos os dentes estavam com cáries. Orientei a procurar o centro de saúde para que fossem encaminhados ao dentista. Eles informaram que já haviam feito isso, porém o problema não foi resolvido. Reforcei quanto à importância dos dentes para o ser humano e quanto à necessidade da escovação para manter a saúde bucal, portanto, eles deveriam procurar novamente um dentista. Ainda falei sobre a importância do uso do calçado e da limpeza peridomiciliar.

Quando apareceu na sala, o garoto estava com uma chupeta nas mãos e tentou colocar na boca da irmãzinha. Porém, a puérpera falou “*não disse que eu não vou dar chupeta para ela!*. Sai daqui. Nesse momento, BRILHANTE reforçou falando que não era para dar mesmo. Perguntei quem havia comprado a chupeta, a puérpera informou que havia ganho de presente.

Aproveitei para discutirmos sobre os prejuízos causados pelo uso da chupeta, todos concordaram e até relataram fatos da família com crianças que haviam usado

chupeta e estavam com problemas na arcada dentária. Falei sobre a possível contaminação que pode ocorrer com o uso da chupeta e do prejuízo da mesma para a amamentação.

Fiquei pensando se eles não estariam dando a chupeta para o recém-nascido, mas, nesse momento, não me achei no direito de recriminá-los ou de persuadi-los a falar que o recém-nascido estava realmente fazendo uso da chupeta, uma vez que discutimos os efeitos danosos causados pelo uso da mesma.

Relataram que não haviam vacinado a criança com a BCG, mas que estariam levando naquela tarde. Falei da importância da vacinação. Ainda perguntei sobre a saúde da puérpera, que segundo me informou, estava bem.

Conversamos um pouco sobre a aposentadoria de BRILHANTE. Ela estava tentando se aposentar e me fez alguns questionamentos, mostrando-me alguns documentos. Orientei-a no que sabia, dizendo-lhe deveria procurar o órgão responsável para maiores esclarecimentos.

Essa visita foi realizada na residência de BRILHANTE. A puérpera não me convidou para ir até sua casa. Não solicitei para ir até lá porque acreditava que, na próxima visita, seria convidada e para não ser tão invasiva, bem como respeitar a sua decisão e privacidade.

Mesmo assim, saí satisfeita, a mulher-avó estava promovendo, protegendo e apoiando o aleitamento materno. A puérpera estava conseguindo amamentar com sucesso. Percebi que, como o significado da amamentação para BRILHANTE era bom e sua vivência havia sido satisfatória, esta estava se tornando proveitosa no cuidado que estava dispensando à sua nora e neta.

A Etapa do **Repensando sobre o Cuidado e o Cotidiano**, foi sendo realizada na medida em que os cuidados eram implementados. Saí da visita satisfeita pelos cuidados que BRILHANTE havia dispensado à sua nora. Foi importante para elas terem resolvido os problemas que surgiram, e acredito que os temas discutidos no Encontro Individual e a vivência e experiência de BRILHANTE serviram para guiá-la no cuidado à sua nora.

**Oitavo encontro – a segunda visita domiciliar, aos dezenove dias após o**

**nascimento**

A segunda visita domiciliar foi na terceira semana do pós-parto, quando a puérpera estava no 19º dia de pós-parto. Nessa visita, não me encontrei com BRILHANTE, apesar da mesma estar agendada previamente. A puérpera relatou que sua sogra teve que ir a Biguacú no dia anterior e só retornaria no dia seguinte.

A puérpera convidou-me para visitar sua casa. Esta possuía um cômodo, com fogão, uma cama de casal, armário. As roupas estavam empilhadas em uma prateleira e não havia banheiro, ela usava o banheiro da casa de BRILHANTE. Tinha água encanada, mas não tinha filtro. A comida estava descoberta em cima do fogão e da mesa. A área peridomiciliar estava com lixo acumulado. O recém-nascido estava dormindo, havia aumentado de peso e continuava sendo amamentado com leite materno exclusivo. Já havia sido vacinado com a BCG. A puérpera referiu estar se sentindo bem.

Após **Definir a Situação do Cotidiano e do Cuidado, Propus e Realizei o Cuidado**, priorizando o aspecto educativo. Conversei com a puérpera sobre a importância da utilização da água filtrada e perguntei sobre a possibilidade da compra de um filtro. Ela informou que não estava com condições de comprar. Então, orientei ferver a água para ingestão e colocar em vasilhas limpas e tampadas. Falamos também sobre as comidas descobertas, e a possível contaminação que as moscas podem causar e a importância de mantê-las sob refrigeração - falei isto porque sabia que na casa de BRILHANTE havia geladeira. Acrescentei que, caso não conseguisse colocar em geladeira, seria importante preparar somente a quantidade que iria consumir a cada momento. Falamos ainda sobre a importância da limpeza da área peridomiciliar e acondicionamento do lixo.

Ao **Repensar sobre o Cuidado e o Cotidiano**, além de constatar a mudança relativa à vacinação do recém-nascido, não encontrei nenhum problema relacionado à amamentação.

**Nono encontro – a terceira visita domiciliar, aos vinte e dois dias após o nascimento**

Essa visita foi realizada mais com intuito de reforçar o convite para o Encontro

em Grupo. Porém perguntei a BRILHANTE como estava cuidando de sua nora. O **Conhecendo o Cotidiano e as Interações** mais uma vez aconteciam simultaneamente com a etapa do **Definindo a Situação do Cotidiano e do Cuidado**. Disse que estava incentivando bastante o aleitamento materno e que, por ela a neta mamaria até o tempo recomendado. Perguntei pela chupeta e disse-me que como havia ganho de presente, sua nora pretendia usá-la, porém, ela orientou que o seu uso iria influir negativamente na amamentação. Mais uma vez, relatou os casos de prejuízo causados pelo uso de chupeta em sua família, inclusive o do neto com cárie. Citou ainda o caso de outro neto que estava com os dentes tortos e que ela achava que era por causa da chupeta. Discutimos novamente sobre os prejuízos causados pela chupeta e sobre a importância da amamentação exclusiva até o sexto mês, porém com continuidade até os dois anos, caracterizando, assim, o **Propondo e Realizando o Cuidado**.

Fui até a casa da puérpera, que estava dando banho na filha. A casa estava bem limpa e arrumada, a criança estava sendo bem cuidada. Havia nascido com 2.900g e estava com 4.000g. Estava sendo amamentada exclusivamente no peito. Conversei mais um pouco com elas. Confirmei com BRILHANTE o nosso Encontro em Grupo. Despedi-me feliz por ter tomado a decisão de voltar a sua residência.

Ao **Repensar sobre o Cuidado e o Cotidiano**, percebi que as ações desenvolvidas com BRILHANTE e sua família foram importantes para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O cuidado realizado com a mulher-avó ajudou-a a cuidar de sua nora e neta. Vale salientar que os cuidados propostos e discutidos na primeira visita estavam sendo seguidos.

O décimo encontro, o Encontro em Grupo com as mulheres-avós será relatado posteriormente.

### **Décimo primeiro Encontro: Onze meses após o nascimento, a quarta visita domiciliar**

Essa visita foi realizada depois de onze meses após o nascimento da criança. A visita teve duração de uma hora. Estavam presentes, BRILHANTE, sua nora, seu neto e sua neta.

Na etapa **Conhecendo o Cotidiano e as Interações**, soube como estava o dia-

a-dia da família. BRILHANTE animada e sorridente como sempre, relatou que havia conseguido sua aposentadoria. Estava bem satisfeita. Presenciou a chegada de outro neto no seu processo de viver. Havia cuidado de sua filha com o mesmo carinho com que cuidara de sua nora.

Relatou que o seu dia-a-dia em família estava tranquilo, viviam bem. Sua neta já estava com 11 meses. Ainda estava sendo amamentada duas vezes ao dia. Sua nora introduziu os alimentos complementares aos 5 meses de vida do bebê. Atualmente, já comia da mesma comida servida para a família. Informaram que a criança é tranquila, raramente fica doente e, quando fica, é mais um resfriado. Não usou chupeta nem mamadeira. Está começando a dar os primeiros passos. É uma criança que está sempre sorrindo. Está com peso adequado para a idade.

BRILHANTE relatou ter ficado bem contente por ter cuidado de sua nora e neta, principalmente, ao ver sua neta crescida e com saúde. Sua nora informou que a ajuda que recebeu de BRILHANTE e da enfermeira foi muito boa para ela, ajudou-a a cuidar de sua filha com mais segurança. BRILHANTE referiu que ter participado do estudo a ajudou a conhecer muitas coisas sobre a amamentação, bem como modificou outros conceitos que tinha sobre a amamentação.

Na etapa **Definindo a Situação do Cotidiano e do Cuidado**, percebi que a introdução dos alimentos complementares aconteceu precocemente, então, senti necessidade de discutir mais um pouco com a família sobre aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, caracterizando a etapa do **Propondo e Realizando o Cuidado**.

Ao **Repensar sobre o Cuidado e o Cotidiano**, senti-me feliz como resultado da implementação do Processo de Cuidar em Enfermagem. Acredito que a enfermeira pode e deve dar suporte às famílias em processo de amamentação, e esta deve ter em mente um cuidado sistematizado e planejado. A família será sempre beneficiada mesmo que seja por um cuidado mínimo, como o de elucidar uma pequena dúvida. A amamentação transcorria de forma prazerosa e satisfatória para todos. A enfermeira precisa assumir o seu papel de cuidadora da família em processo de amamentação. É preciso conhecer o processo de viver da família no domicílio, porque, mesmo se sentindo donos dos seus saberes, podem necessitar de apoio para cuidarem de si e dos

familiares. Fiquei feliz também ao verificar que, na residência da nora de BRILHANTE, foi construído mais um cômodo, além dela ter adquirido uma geladeira.

### 5.2.3 Cuidando de PÉROLA

#### **Primeiro Encontro – no hospital, no primeiro dia do nascimento**

PÉROLA foi a terceira mulher-avó que integrou o meu estudo. Ela apareceu de uma forma bem diferente. Eu estava com a nora de BRILHANTE, quando o genro de PÉROLA quis saber com que eu estava trabalhando. Apresentei-me e falei sobre meu estudo. Fiquei surpresa quando ele disse “*que pena que não era com o pai*”. Disse ainda que a sua sogra teria um imenso prazer em participar do meu estudo e sugeriu incluí-las no estudo, uma vez que, sua esposa ficaria na casa de sua sogra por um bom período. Disse-lhe que seria um prazer, mas que precisaria conversar com as duas primeiramente. Afirmou que sua sogra havia dormido com sua esposa na noite anterior, mas retornaria no dia seguinte. A puérpera e o recém-nascido estavam dormindo. Nesse momento, deu-se início à primeira etapa do Processo de Cuidar, o **Conhecendo o Cotidiano e as Interações**, entretanto, ao dar atenção a esse pai, conversando com o mesmo sobre a puérpera e sua família, também estava **Propondo e Realizando o Cuidado**, uma vez que o ouvir se fez presente.

Nesse instante, refleti muito sobre o cuidado que precisamos dispensar às mulheres no período puerperal. Percebi que nesse momento não havia somente puérpera e recém-nascido, mas uma família, marido, irmãos, vizinhos e amigos, que também precisam de cuidados.

Decidi aguardar a puérpera acordar e a mulher-avó chegar para convidá-las a participarem do estudo e, assim, prosseguir com a implementação do Modelo de Cuidar em Enfermagem.

No final da tarde, a filha de PÉROLA acordou, então manteve o primeiro contato com a mesma. Apresentei-me, falei sobre os objetivos do estudo e disse que havia conversado com seu esposo, e que ele havia sugerido a inclusão delas no mesmo. Ela disse que não teria problemas, seria um prazer e informou que sua mãe só retornaria no dia seguinte. Falei que estava tudo bem, eu estaria lá e conversaria com

ela. Ela estava tranqüila e disse que havia repousado bem nessa tarde, uma vez que não havia conseguido dormir na noite anterior.

Na etapa **Repensando sobre o Cuidado e o Cotidiano**, refleti sobre os cuidados que precisam ser dispensados, não somente à puérpera, recém-nascido e mulher-avó, mas aos demais familiares. Reforçou-se que eles também precisam ser cuidados e que o simples ouvir, o esclarecer, igualmente se constituem em elementos relevantes do cuidado.

### **Segundo Encontro – no hospital, no segundo dia do nascimento**

Aconteceu na manhã do segundo dia de pós-parto. A puérpera estava acompanhada de sua irmã, apresentei-me e expliquei o objetivo do estudo. A mesma mostrou interesse em participar. O recém-nascido estava chorando, e a mãe achava que era cólica. Perguntei há quanto tempo o bebê havia mamado, ela disse prontamente que há mais ou menos duas horas e meia, então perguntei se ela estava estabelecendo horário para as mamadas. Ela disse que normalmente os bebês mamavam por volta de 2 a 3 horas. Este foi mais um momento em que ocorreu o **Definindo o Cotidiano e as Interações** e o **Propondo e Realizando o Cuidado**, que aconteceram simultaneamente. Discutimos sobre a amamentação sob livre demanda e perguntei se para ela queria colocar o bebê para mamar naquele momento. Ao colocar o bebê na mama, ele prontamente abocanhou o mamilo. Nesse momento, percebi que a posição e a pega não estavam corretas e mais uma vez, perguntei se poderia ajudá-la. Orientei-a como posicionar o bebê e a observar os sinais de boa pega. Observei por uns instantes. Como a posição e a pega haviam melhorado, deixei-os sozinhos por um momento.

Ao retornar ao quarto, despedi-me e disse que retornaria à tarde, pois assim poderia conversar com sua mãe. Não sei por que, mas me sentia um pouco ansiosa por conhecer a terceira mulher-avó. Tentava imaginar qual seria a reação dela quando me encontrasse, ao mesmo tempo em que me sentia confiante, acreditava que ela iria participar sem problemas.

### **Terceiro encontro – no hospital, na tarde do segundo dia do nascimento**

Esse encontro aconteceu na tarde do segundo dia de pós-parto. Ao chegar à

unidade, PÉROLA ainda não havia chegado, então fiquei conversando um pouco com a puérpera e sua irmã. Num dado momento, a enfermeira da unidade adentrou o quarto e pediu para que a puérpera ficasse em repouso, pois estava apresentando pressão elevada e precisava descansar. Fui até o posto da enfermagem e conversei um pouco com a enfermeira, li o prontuário da filha de PÉROLA e verifiquei que a mesma estava apresentando pressão elevada desde o período antes do parto, motivo pelo qual ficou internada 3 dias antes do mesmo. Não havia nenhuma medicação prescrita. Questionei sobre prescrição de medicamentos. A enfermeira disse que era conduta médica não entrar de imediato com a medicação e aguardar por algum tempo. Informou que achara a puérpera bastante ansiosa no período da manhã e que era bom conversarmos com as pessoas que iriam visitar para serem breves, uma vez que a puérpera precisava descansar.

Conversei com a puérpera sobre a necessidade do repouso. Ela não era de conversar muito. Então, afixamos um aviso em seu leito, solicitando silêncio e restrição de visitas a fim de que a puérpera pudesse descansar, bem como pedi às visitas que permanecessem por um período menor. E, mais uma vez, foi **Proposto e Realizado o Cuidado.**

Deixamos a puérpera sozinha para que a mesma pudesse dormir um pouco e fomos para o corredor, eu e sua irmã que segurava e embalava o recém-nascido. Conversei por um bom tempo com sua irmã. Ela informou que tinha dois filhos, relatou como foi seus partos e sua experiência com a amamentação e como sua mãe a ajudou. A mãe a incentivou bastante, o primeiro filho havia sido prematuro, mas mesmo assim, ela havia amamentado. No início, era preciso ordenhar o leite, mas depois a criança conseguia mamar não tendo mais problemas. Disse-me que era portadora de diabetes, fazia uso de insulina. Esse momento serviu para o **Conhecer o Cotidiano e as Interações, Definir a Situação do Cotidiano e do Cuidado, além de Propor e Realizar o Cuidado**, uma vez que conheci mais um pouco a história da família, interagi com mais um membro familiar, ouvindo a irmã da puérpera relatar sua vivência e experiência com a amamentação. Também refletimos sobre a importância da amamentação.

PÉROLA chegou à unidade no final da tarde. Era uma senhora sorridente,

ativa, comunicativa. Fui apresentada a ela por sua filha, cumprimentei-a e expliquei os objetivos do estudo, a mesma mostrou-se interessada em participar, porém sem muito entusiasmo. Nesse momento se encontrava no quarto sua filha, seu genro e a puérpera.

PÉROLA me olhava meio desconfiada, mas me mantive firme. Afinal, já conhecia o restante de sua família, apesar de saber que o meu foco estava centrado na mulher-avó. Em seguida, expliquei que eu precisaria conversar com ela por um momento, ela concordou, porém teria um compromisso e não poderia se demorar muito, mas lhe garanti que seria breve. Convidei-a a participar do primeiro Encontro Individual. Como não encontrei um local mais reservado para conversarmos, sentamos no corredor da unidade, que, naquele momento, estava tranqüilo e pudemos conversar sossegadamente.

Com relação ao **Repensando sobre o Cuidado e o Cotidiano**, percebi a importância do estar junto, do orientar, do promover o repouso, do ouvir e, principalmente, do compreender e não julgar precipitadamente.

#### **Quarto Encontro – o Encontro Individual, na tarde do segundo dia do nascimento**

Sentamos em um local tranqüilo, expliquei novamente os objetivos do estudo, apresentei a ela o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Consentimento para fotografia e gravação. Falei que pretendia desenvolver uma atividade criativa, usando a massa de modelar. A princípio, ela falou que gostaria mais de falar, concordei, mas disse que seria interessante ela desenvolver a atividade criativa, com o que ela concordou. Entreguei o pacote de massa de modelar e solicitei que a mesma modelasse algo que revelasse o significado que a amamentação tinha para ela. Então, perguntei: **que significa a amamentação para você?**

Ela pegou a massa de modelar e começou a modelar o seu significado. Fiquei observando-a por um instante, perguntei se poderia fotografá-la e, ela prontamente concordou. Percebi que ela estava modelando **uma gestante**. Aguardei-a terminar e pedi que ela me relatasse o que havia modelado, ao que respondeu:



*Falou em amamentação, a primeira coisa, é a mulher (...) coloquei dois seios assim meio grandão (...) ela é gestante (...) que eu parto do princípio que muito do sucesso do aleitamento depende do que ela traz de casa (...) as vezes de família, se ela foi amamentada, o que ela ouviu durante toda a vida sobre aleitamento (...) que imagem ela tem de mulher, de mama (...). engravidou! tem que se começar a falar se ela pretende amamentar (...) eu sou uma agente da pastoral da criança. A gente sabe que a gente é aquilo que a gente pensa. Então se ela começar a pensar que ela tem condições de amamentar e que isto é uma coisa legal e que, se a gente trabalhar isso assim com bastante vibração (ênfase), com bastante entusiasmo, é evidente que ela vai começar a ver isto também com muito entusiasmo e aí a gente vai poder ajudar. Eu acho assim muito importante, então nós começamos desde muito cedo a pensar nisto, porque a gente acha que é um processo, principalmente se ela não tem uma boa história, se ela não foi amamentada, se as amigas delas não amamentam, se todo mundo diz assim: ah, não, isto é bobagem! Depois tu faz uma mamadeira, o leite é tão pouco. Ai, então, ela fica com isto muito forte dentro dela. Então, nós precisamos desde cedo tentar tirar isto, para tentar auxiliar outras coisas (PÉROLA).*

Quanto a sua **experiência com a amamentação**, referiu ter amamentado seus 4 filhos, apesar de não ter muito esclarecimento sobre a prática da amamentação, essa era vivenciada como uma coisa natural do mundo, tendo que encarar com naturalidade. Teve rachaduras, peito empedrado e ia resolvendo os problemas conforme o que sabiam. Mas, jamais, passou por sua cabeça que não iria amamentar, porque, conforme as suas palavras, ela vivia em uma “*cultura da amamentação*”, onde sua mãe amamentou todos os filhos. Relatou ter vivido numa época em que a propaganda de leite artificial era bem forte e disseminada entre os profissionais de saúde. Foi interessante ouvi-la contar como as mães saíam da maternidade, inclusive ela, com latas de leite e livros com fotografias de crianças bem gordinhas. Este já era seu

terceiro neto. Os outros dois netos também foram amamentados porque ela cuidou da filha e incentivou o aleitamento materno, uma vez que os profissionais de saúde haviam dito para sua filha que ela não poderia amamentar por ser diabética. Além do mais, o recém-nascido nascido havia sido prematuro, o que dificultou ainda mais o processo de amamentação, porém estes fatos não foram empecilhos para que a amamentação tivesse o sucesso merecido, relatando ainda que “*este neto, com certeza, também será amamentado*”. Esse foi um momento interessante na implementação do Processo de Cuidar em Enfermagem, sendo possível identificar claramente as fases do **Conhecendo o Cotidiano e as Interações e Definindo a Situação do Cotidiano**.

Então, percebi que, mais uma vez, essa mulher-avó possuía um significado que expressa positividade sobre a amamentação, além de possuir muitos conhecimentos e experiências sobre a prática da amamentação. Mais uma vez, eu estava desconstruindo-reconstruindo o meu significado de que as mulheres-avós influenciam de modo negativo na prática do aleitamento materno.

Nesse momento, falei a PÉROLA que eu achei interessante o que ela havia modelado. Informei que as outras mulheres-avós haviam modelado uma criança e dois peitos. Disse-lhe, ainda que achei importante ela pensar na vontade da mulher nutriz, pois o aleitamento materno depende da vontade da mulher e precisamos, antes de tudo, perguntar primeiro à mulher se ela deseja ou não amamentar, e a partir disto, cuidar dela no sentido de ajudá-la nas dúvidas e dificuldades que, por ventura, venham a surgir. Além do mais, sabemos que o sucesso da amamentação depende da experiência e vivência da mulher com a amamentação. Fiquei feliz mais uma vez com o significado da amamentação que PÉROLA trazia, o que com certeza a ajudaria a cuidar de sua filha e neto. Foi interessante termos chegado a um consenso no nosso diálogo, o de que o aleitamento materno é um compartilhar de responsabilidades com toda a família, profissionais de saúde e sociedade. O diálogo, o ouvir, o compartilhar experiências se fez presente, mais uma vez, na fase do **Propondo e Realizando o Cuidado**.

Outros temas referentes à amamentação surgiram no nosso dialogo, como a importância da licença à gestação, licença à paternidade, vantagens do aleitamento materno, alimentação artificial, propagandas de leite industrializado, uso de chupeta,

mamadeira, importância do apoio dos profissionais de saúde, leite pouco, leite fraco, *cultura da amamentação*, morbi-mortalidade infantil, mulher, amamentação e trabalho, ordenha de leite materno, aleitamento materno e creches, dentre outros.

Ao **Repensar sobre o Cuidado e o Cotidiano**, percebi que este foi um momento bastante gratificante e rico, uma verdadeira troca de conhecimentos e experiências. Parece até difícil que, em tão pouco tempo tenhamos percorrido por diversos assuntos tão polêmicos dentro do tema aleitamento materno, mas eles iam surgindo e nos contagiando, um assunto puxava o outro. Como PÉROLA tinha um compromisso, falei que conversaríamos mais em outros momentos.

Voltamos para o quarto e encontramos a filha de PÉROLA amamentando o filho. Informou que o recém-nascido logo pegou o peito. PÉROLA observou a mamada e sugeriu à filha que “frouxasse” mais o bebê, para que ela relaxasse um pouco na sua posição. Mais uma vez, percebi que PÉROLA iria ajudar a filha nessa tarefa de ser mulher-mãe e nutriz. Despedi-me delas e informei que as veria em breve, ficando com o número do telefone para marcarmos a nossa primeira visita domiciliar.

Conversar com PÉROLA foi muito gratificante, foi uma verdadeira troca de experiências. Senti-me maravilhada em ouvir histórias que eu, até então, só conhecia através da literatura. Foi um enorme aprendizado ouvir que ela havia vivenciado o fornecimento de leite artificial ainda na unidade de alojamento conjunto, porém não deixou que as propagandas influenciassem a sua decisão de amamentar sua filha.

### **Quinto Encontro – a primeira visita domiciliar, aos sete dias após o nascimento**

Liguei para PÉROLA e combinamos o dia da primeira visita domiciliar. Cheguei no horário e dia estabelecidos. A visita teve a duração de uma hora e trinta minutos. Casa ampla, arejada e com bom estado de higiene. Rua calçada, água encanada. A família pertencia à classe média. A puérpera residia em outra cidade, mas iria ficar por um tempo na casa dos pais, porém não sabia se retornaria para sua cidade, pois estava pretendendo voltar a morar em Florianópolis.

Ao chegar, fui recebida pelo filho de PÉROLA, que, em seguida, apareceu com o neto nos braços, informando que estava colocando o bebê para tomar sol, juntamente

com a puérpera, pois a mesma estava apresentando traumas mamilares. Conversamos um pouco sobre como estava vivendo a família com a chegada do novo ser, como estava o bebê e a puérpera. As fases do **Conhecendo o Cotidiano e as Interações e Definindo a Situação do Cotidiano e do Cuidado** foram surgindo à medida que nosso diálogo prosseguia.

Perguntei sobre a pressão arterial. Informou que estava fazendo uso de medicação, porém a pressão ainda continuava alta, em torno de 160 x 111 mmhg, mas estava com consulta marcada com o clínico para o dia seguinte.

Perguntei sobre o bebê, disse-me que estava bem, o coto umbilical estava mumificado, mas não havia caído ainda. Estava ativo, sugando bem, alimentando-se sob livre demanda. Estava sendo uma criança calma, tranqüila, não chorava muito. Após amamentar, dormia um bom tempo, mas, quando estava acordado, queria mamar toda hora.

Referiu que os traumas mamilares incomodavam porque ela sentia dor durante a amamentação. Perguntei o que estavam fazendo para resolver o problema. PÉROLA informou que estava colocando sua filha para tomar banho de sol nos mamilos, deixando a mama mais exposta ao ar, não estava deixando a filha usar o protetor de mama. Ela disse também que estava fazendo umas massagens na filha para que a mesma relaxasse, a fim de minimizar a dor e ajudar a puérpera a ficar mais tranqüila.

No **Propondo e Realizando o Cuidado**, falei sobre a importância de passar o próprio leite no mamilo, uma vez que o mesmo tem substâncias cicatrizantes. Ao amamentar, começar pela mama menos traumatizada. Também orientei que deixasse a criança mamar por um tempo mais curto, porém aumentasse a frequência das mamadas. Abordei ainda sobre os cuidados com as mamas. Aproveitei para elogiar o cuidado que elas estavam tomando e a massagem que PÉROLA estava fazendo na filha, o que ajudaria a deixar a puérpera mais tranqüila.

PÉROLA informou que havia se esquecido de orientar sua filha a passar o próprio leite no mamilo para ajudar na cicatrização do mesmo. Disse ainda que sua filha continuava ansiosa e fazendo os trabalhos domésticos, mesmo ela não deixando e pedindo para ela cuidar somente do recém-nascido. Ela lembrou que sua mãe a havia orientado que, durante nove dias, a puérpera não deveria fazer nada, somente cuidar do

filho, manter-se mais no leito, com quarto escuro, dentre outras coisas e que, depois desses nove dias, podia fazer tudo. A filha perguntou a ela porque isto, ela disse que não sabia, mas que foi sua mãe que a orientou, então, devia ser bom fazer.

Aproveitei e falei sobre a importância da puérpera manter-se ocupada apenas com os cuidados com o recém-nascido. Este era um momento onde mãe e filho precisavam estar próximos, isso ajudaria na amamentação, uma vez que a mulher precisava estar mais descansada para poder amamentar com mais tranquilidade.

Ela informou que, ao cuidar de sua filha estava usando os ensinamentos atuais, porém também utilizava os conhecimentos que sua mãe lhe ensinara e o conhecimento que ela havia aprendido e realizado com os seus filhos.

A transmissão de cultura, envolvendo hábitos e valores, que são transmitidos às gerações futuras, de mãe para filha, encontrou-se presentes mais uma vez.

Perguntei se elas tinham alguma dúvida, a puérpera estava preocupada com a pressão arterial e referiu estar com medo que fosse ser um problema renal.

Falei que não precisava se preocupar, porque assim ela ficaria mais ansiosa e se fosse mais grave, ela estaria apresentando outros sintomas e como ela já estava com consulta marcada para o dia seguinte poderia tirar todas as suas dúvidas com o médico. Pedi que ela relatasse mais um pouco de sua história de gravidez e parto. Contou-me que havia sido internada antes de entrar em trabalho de parto devido o aumento da pressão arterial, fez vários exames, já internada. Os resultados mostraram aumento no número de proteínas. Então, percebi que ela apresentara pré-eclâmpsia, uma vez que estava apresentando edema, pressão arterial elevada e proteinúria.

Então falamos sobre pré-eclâmpsia e eclâmpsia, uma vez que esta estava perguntando sobre os sintomas relacionados a essas patologias. Informou ainda que tentaram induzir o parto normal, porém sem êxito, sendo necessário a realização da cesárea. Também informou que a ultra-sonografia acusava que ela estava com diminuição de líquido amniótico, mas que ela somente soube deste detalhe depois que o filho já havia nascido.

Novamente lhe disse que poderia ficar tranqüila, não deveria se preocupar tanto, pois ela não estava tendo outros sintomas que indicassem problema renal, o edema já havia regredido, e brevemente a pressão cederia. Informei às duas que entendia a

preocupação delas, mas que tudo estava se resolvendo muito bem.

Despedi-me da puérpera. PÉROLA me acompanhou até a porta, ainda ficamos conversando por um tempo, a mesma relatou fatos de sua vida familiar, de seus filhos e de sua saúde, havia descoberto recentemente que estava com fibromialgia, porém estava bem melhor porque seguia a orientação médica e também estava fazendo atividade física, o que a fez melhorar bastante.

Nesse momento, o ouvir foi um cuidado necessário para a mulher-avó, ela precisava falar sobre ela mesma e eu tentei ser uma boa ouvinte, desta forma cuidando da cuidadora. Ela é uma mulher bastante dinâmica e forte.

Conversamos mais um pouco sobre alguns assuntos de sua família, especificamente sobre o relacionamento conjugal de sua filha. PÉROLA revelou que, possivelmente por causa disso, sua filha não conseguiu relaxar e, conseqüentemente, a pressão não baixava.

Ao **Repensar sobre o Cuidado e o Cotidiano**, senti que os cuidados implementados haviam sido satisfatórios, tudo ia se resolvendo de forma tranqüila. A amamentação continuava de forma exclusiva, o cuidado da mulher-avó à sua filha e neto estavam contribuindo para a promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno. Além disso, a enfermeira estava conseguindo implementar o Modelo de Cuidar, não somente com a mulher-avó, mas também com a puérpera. A mulher-avó, ao discutir com a enfermeira sobre os cuidados necessários à puérpera, também era cuidada, pois se sentia mais segura para cuidar de sua filha.

Três dias depois, telefonei para a puérpera a fim de obter informações sobre seu estado de saúde. Disse-me que havia ido ao médico. O mesmo manteve o uso da medicação e disse que logo a pressão iria baixar. A puérpera parecia mais tranqüila e agradeceu-me pelo contato.

### **Sexto Encontro – a segunda visita domiciliar, aos dezenove dias após o nascimento**

A segunda visita domiciliar foi realizada no 19º dia de pós-parto. A criança, que pesou ao nascer 3.100g, agora pesava 3.300g. Estava sendo amamentada exclusivamente com leite materno.

Ao chegar encontrei apenas PÉROLA, que pediu desculpas por sua filha e seu neto terem saído, apesar dela ter avisado que eu iria. Esperei que ela terminasse de apanhar as roupas do varal e depois sentamos para conversar. Primeiramente, conversamos sobre diversos assuntos do nosso dia-a-dia e depois perguntei como estava indo o seu cuidado com a puérpera. No momento, a etapa do **Conhecendo o Cotidiano e as Interações** foi visualizada.

Ela disse que, quando o marido chegava (ele estava morando em outra cidade e só vinha visitá-la nos finais de semana), ela deixava que ele cuidasse da puérpera e do recém-nascido. Falou que sempre precisava lembrar a sua filha quanto a tomar banho de sol nos mamilos para que os mesmos ficassem fortalecidos, apesar de já ter melhorado do trauma mamilar. Mas percebia que a filha ainda sentia dor quando amamentava o bebê. Também precisava lembrá-la sempre de descansar no período da tarde, pois, como acordava mais tarde, ficava de tarde sem dormir e queria estar fazendo coisas que não devia.

À medida que dialogávamos, íamos **Definindo a Situação do Cotidiano e do Cuidado**. A pressão arterial da puérpera já estava normal, o que as deixavam mais tranqüilas. Disse que a amamentação estava sendo dada de forma exclusiva e que se dependesse de sua filha e dela a criança mamaria até quando desejasse. Informou que sua filha tinha bastante leite. Relatou ainda que havia percebido que amamentar não é fácil, apesar de ser um ato natural.

Após algum tempo, a puérpera chegou com o filho e o marido. Cumprimentei-os e perguntei sobre ela e o bebê. Informou que estavam ótimos, fez alguns comentários sobre alguns sinais que o filho emitia e que ela já reconhecia, como gestos, indicando que queria mamar. Percebi que estava gostando muito de assumir o novo papel de mulher-mãe e nutriz.

Como tudo estava se desenvolvendo de forma harmoniosa, despedi-me e marquei com PÉROLA o nosso Encontro em Grupo, quando seria promovido o encontro das mulheres-avós e eu. Ela confirmou sua participação e informou que estaria no local e hora combinados.

Apenas o ouvir e elogiar, estiveram presentes nessa visita, o que caracteriza o **Propondo e Realizando o Cuidado**.

Quanto à etapa do **Repensando sobre o Cuidado e o Cotidiano**, considerei como positivos os cuidados propostos e implementados, uma vez que a puérpera estava mais tranqüila, a pressão arterial havia-se estabilizado, os traumas mamilares não mais incomodavam, o bebê estava ganhando peso e, principalmente, a amamentação estava sendo oferecida de forma exclusiva.

O sétimo encontro foi caracterizado pelo Encontro em Grupo, que ocorreu no hospital e será relatado posteriormente.

#### **Oitavo encontro – onze meses após o nascimento, uma visita domiciliar**

A terceira visita foi bastante agradável e permeada por lembranças de momentos agradáveis e difíceis vividos pela família de PÉROLA. Ao chegar a sua residência, fui recebida pela filha de PÉROLA e por seu neto, dando início à etapa do **Conhecendo o Cotidiano e as Interações**. Encontrei uma criança sorridente, bonita, alegre, ativa, com crescimento e desenvolvimento ideal para sua idade. Aos onze meses, já caminhava com desenvoltura e falava algumas palavras. Foi amamentado exclusivamente até o sexto mês de vida, momento em que foram introduzidos os alimentos complementares. Continuava sendo amamentado, porém já comia da comida servida à família. Também fazia uso de leite de soja, que fora introduzido após a criança ter apresentado reação alérgica ao leite de vaca. Usava a mamadeira para ser alimentado. A filha de PÉROLA tentou introduzir a chupeta, mas a criança não aceitou. Perguntei o que a fez introduzir a chupeta. Ela disse que percebia que a criança gostava muito de sugar, porque havia momentos em que, mesmo não tendo fome, ele gostava de sugar o peito. Como ela não queria que ele persistisse nesse hábito, então, resolveu oferecer a chupeta. Nesse momento, PÉROLA referiu que essa atitude não foi aprovada por ela e que adorou seu neto não pegar a chupeta.

Aproveitei e perguntei à filha de PÉROLA como foi para ela ser cuidada por sua mãe. Ela respondeu que sem a ajuda de sua mãe tinha certeza que não teria conseguido amamentar com sucesso. Relatou que os primeiros meses após o parto foram bem difíceis. Ela não conseguia ficar sozinha de forma alguma, até para dormir sua mãe dormia com ela. Disse que sentia muito medo. Medo de não poder cuidar do filho. Tudo era estranho, até as coisas mais simples a deixava apavorada. Relatou,

ainda, que ela esperava que tudo acontecesse de uma forma meio mágica e não esperava enfrentar tantas dificuldades. Primeiro queria que seu parto fosse um parto normal, havia se preparado durante os nove meses com exercícios, hidroginástica, porém seu parto evoluiu para cesárea e isto a deixou decepcionada. Informou que sempre foi muito segura de si e, por isso, não entendia o porquê de agir daquela forma.

Pelo relato da filha de PÉROLA, percebi que ela teve depressão leve no pós-parto. Falei que, nesse momento, é melhor relatar o que está sentindo para obter ajuda dos familiares e dos profissionais de saúde. Ela informou que relatava à médica que a acompanhava e ela lhe ajudou muito. PÉROLA, então, falou que, naquela época, até achava a filha meio estranha, mas jamais poderia imaginar que seria alguma forma de insegurança quanto ao cuidado com seu neto, porque sua filha era muito independente e segura de si e mesmo se ela lhe contasse isso ela não iria acreditar.

PÉROLA, por sua vez, relatou que teve momentos difíceis no cuidado com sua filha, principalmente, nos primeiros dias, momentos em que ela se mostrava meio estranha e não entendia o porquê, mas sabe que na amamentação ela se saiu bem.

Após **Definir a Situação do Cotidiano e do Cuidado**, passamos a fase **do Propondo e Realizando o Cuidado**, na qual discutimos sobre a depressão pós-parto, uso de chupetas e mamadeira. Foi uma conversa bastante agradável e momentos de reflexão para o grupo de pessoas ali presentes.

Continuamos ainda relatando fatos do nosso cotidiano. PÉROLA relatou uma cirurgia de varizes que fizera recentemente e referiu-se ao grupo de gestantes que estava agora sobre sua coordenação.

Ao **Repensarmos sobre o Cuidado e o Cotidiano**, perguntei a PÉROLA como foi ter sido cuidada por mim durante esse período. Ela relatou que a minha participação nesse processo foi muito importante. Não foi somente uma troca de experiências, mas também aprendera muitas coisas comigo. Referiu ainda que as nossas conversas deixava-a mais segura para cuidar de sua filha, além disso, ela sabia que podia contar comigo, caso precisasse.

Disse ainda que no começo, quando sua filha lhe disse que tinha uma moça querendo falar com ela, ela ficara meio desconfiada e pensou que seria mais uma que queria saber um monte de coisas e que não iria dar nada em troca, mas depois

percebeu o quanto foi bom ter encontrado alguém que defendia a amamentação como ela defendia, e a partir daí somente aproveitou esses momentos.

Sai da residência de PÉROLA satisfeita com o nosso cuidado. Constatei, pelo relato da filha de PÉROLA, que o cuidado que sua mãe lhe dispensara foi imprescindível para o sucesso da amamentação, sem ele ela não teria conseguido. Acredito, também, que o meu cuidado fora importante tanto para a mãe como para a filha, porque, durante a implementação do Modelo de Cuidar, ambas foram cuidadas, uma vez que houve momentos em que cuidei também da nutriz, o que me mostrou, mais uma vez, que existe apenas a puérpera e o recém-nascido, mas uma família que precisa de apoio e cuidados.

#### 5.2.4 Trocando experiências de cuidar da filha, nora, neto e netas em processo de amamentação: repensando o cuidado e o cotidiano

Esse foi o momento em que realizai O Encontro em Grupo com as mulheres-avós. Aconteceu no hospital. A oficina foi a estratégia utilizada para esse momento porque o objetivo da mesma foi o de promover o encontro das mulheres-avós para uma troca de experiência sobre o cuidado que dispensaram a filha, nora, neta e neto. Esse momento também se constituiu em um espaço de cuidado para elas. Já haviam se passado vinte e quatro dias do nascimento da neta de BRILHANTE e vinte e dois dias do neto de PÉROLA.

A oficina foi constituída de três momentos: Relaxamento de Acolhimento, Atividade Central e Relaxamento de Integração, conforme Nitschke (1999).

No momento de Relaxamento de Acolhimento, pudemos identificar a etapa do **Conhecendo o Cotidiano e as Interações**. Preparei o ambiente recebendo as mulheres-avós com música, orientando-as a realizar exercícios respiratórios, exercícios de alongamento e relaxamento simples. Este foi um momento, em que as apresentei uma a outra, deixando-as falarem um pouco de si. Também justifiquei a ausência de ESMERALDA. Todas nós sentimos por sua ausência.

Em seguida, procedi à **Atividade Central**, lançando a questão norteadora: **Como foi a experiência de cuidar da filha, nora, neto e neta em processo de**

**amamentação?** Para responder a esta questão utilizei a dinâmica da “Linha do Tempo”, momento em que se foi **Definindo a Situação do Cotidiano e do Cuidado**.

Dei-lhes metade de uma cartolina e expliquei como seria a dinâmica, informando que as mesmas iriam traçar a “Linha do Tempo”, ou seja, iriam recordar por semana como foi a experiência de cuidar da filha, nora, neta e neto em processo de amamentação. Mostrei-lhe também as plaquetas que confeccionei, para demonstrarem como foram essas semanas: a plaqueta **com facilidade** era demonstrada com uma linha contínua; **com poucas dificuldades**, era expressa com uma linha quebrada ao meio; **com muitas dificuldades**, com uma linha tracejada. Resolvi fazer desta forma, porque uma das avós era analfabeta, a fim de facilitar seu entendimento. Perguntei se queriam construir por partes, completar toda a linha, para depois expressarem o que haviam construído. Elas preferiram ir construindo por semana e, à medida que iam construindo, iam relatando o que ocorrera naquela semana.

Inicialmente, perguntei a BRILHANTE o que aconteceu na primeira semana que cuidou de sua nora. Dei-lhe as plaquetas que eu havia confeccionado. Pedi que escolhesse uma e colasse na cartolina. Em seguida, pedi que relatasse por que havia escolhido a plaqueta e o que acontecera naquela semana. Depois que ela acabou de relatar, entreguei as plaquetas a PÉROLA e procedi da mesma maneira. Adotamos essa forma até terminar a terceira semana, intercalando o relato de BRILHANTE e de PÉROLA, no intuito de fazer a oficina mais dinâmica e, talvez, dar tempo para elas relembrem o que acontecera em cada semana. Elas ouviram o relato uma da outra com bastante interesse, opinando e trocando experiências.

A primeira semana foi retratada por PÉROLA como permeada por muitas dificuldades, conforme pode ser visto em seu relato:

*A primeira semana foi muito difícil cuidar da K, não somente pelas questões relacionadas à amamentação, mas também por outras questões que permearam este momento. Primeiro a K (puérpera) muito ansiosa, assim, prejudicou bastante, ela ficou muito insegura, a gente percebia que ela realmente estava muito insegura (...) A pressão continuava muito alta e isso foi deixando ela muito angustiada porque ela não tinha segurança se aquilo ia trazer problemas de saúde futuros para ela ou não e a gente também ficava ansiosa e angustiada por causa disso (...), quando ela ia dar mamar, é, o bico do seio, um era pequenininho, já era uma dificuldade para pegar. Aquele parece que enchia mais, que era o esquerdo, né? Enchia e ai ficava muito plano (...) Porque no começo ele também não queria pegar aquele seio, só queria o outro (...), como ele tinha dificuldade para pegar e só*

*queria ficar assim (fez o gesto e barulho de que chupa algo), chupando que é diferente de mamar (...) Porque com isso houve um desgaste, não houve rachadura, mas houve assim, é, um, ficou assim muito sensível (PÉROLA).*

BRILHANTE também refere ter enfrentado dificuldades na primeira semana ao cuidar de sua nora, porém ela considerava tendo tido pouca dificuldade, porque, apesar de ser tranqüila, sua nora apresentou traumas mamilares, ingurgitamento mamário e dor.

*Apesar de tudo ter ocorrido bem tranqüilo, ela teve problemas no bico do peito (...) A dificuldade que foi que ela tava com o seio, saiu aqueles figos no bico do peito e daí, ela queria dá só num! (...) Ai, ela com toda dor, teve um pouquinho de dificuldade (...). Que ela também tem um seio que é muito pequenininho, então quando muito cheio, também ela não queria mamar, e ele ficava muito cheio e doía também. Ai ela queria dar só num (BRILHANTE).*

A segunda semana foi relatada por PÉROLA como sendo com poucas dificuldades. Ela informou que apesar de ser mais tranqüila, os problemas com o aumento da pressão arterial era o que mais influenciava. Ainda continuava realizando ordenha mamaria para facilitar a pega, porém o recém-nascido já sugava melhor. A sua filha estava mais tranqüila, o que facilitava o cuidado.

*Na segunda semana a dificuldade na pressão alta era o que mais estava influenciando, e quando ela tinha os seios muito cheio, ela continuava tirando o leite (...) para facilitar mais a pega e essa sensibilidade também (...) nessa segunda semana o nené, já tava pegando bem e sugava bem mesmo, entende, botava no seio e já pegava, bem diferente da primeira semana que ele fuçava do lado pro outro e não sabia direito o que que fazia com aquela teta. E na segunda semana ele já aprendeu e já sentia até aquele cheirinho do leite (...). E ela também começou sentir-se um pouco mais tranqüila, então a situação já foi assim melhorando. Essas alturas ela já conseguia relaxar (...). Então assim, a gente percebe que ela tá bem e o nené também (PÉROLA).*

Já BRILHANTE traduziu essa semana como uma semana sem dificuldades, porque o trauma mamilar havia melhorado, não precisavam mais realizar ordenha mamaria e o recém-nascido já conseguia fazer uma boa pega.

*A segunda semana, foi melhorou tudo, porque daí ela estava boa do seio (...) A menininha já mamava tranqüila, não tinha mais aquele problema de ter que tá tirando o leite do seio para ela poder pegar (BRILHANTE).*

A terceira semana foi vivenciada por ambas como uma semana sem dificuldades, conforme demonstrado em seus relatos.

*Na terceira semana está bem, não tem dificuldade, aprendemos a lidar com (risos) com o novo nené. E ele também já nos entende. E como entende, parece que a gente fala com ele. A mãe está com seio bom, bonito e saradão, fez os cuidados necessários, e, tá tudo bem, o nené tá ganhando bastante peso. Gosta de um colo. E tá tudo ótimo (PÉROLA).*

*Na terceira semana nada de dificuldade, tudo bem, ocorreu tudo bem. Não tem nada de sofrimento mais agora, a menininha cresceu, tá com saúde, né? A mãe também tá amamentando bem no seio. Agora tudo ótimo mesmo (BRILHANTE).*

Essa dinâmica serviu para que as mulheres-avós relatassem as **facilidades** e **dificuldades** vivenciadas durante esse período de tempo e como conseguiram lidar com as situações. Houve histórias semelhantes e diferentes, o que possibilitou a troca de experiências entre elas, trazendo também solidariedade, uma vez que cada uma percebia que esse processo era permeado por dificuldades, facilidades, compromisso, responsabilidade e que a ajuda delas é extremamente importante nesse processo do viver no cotidiano familiar.

Dentre as **dificuldades** encontradas, PÉROLA relatou a ansiedade, a insegurança, teimosia quanto ao repouso necessário para aquele momento, bem como o medo por parte da puérpera devido à hipertensão arterial. A criança ainda estava aprendendo a pegar o peito e, muitas vezes, apenas sugava o mamilo, não conseguindo fazer uma boa pega, resultando em traumas mamilares e dor mamilar, o que exigiu

dela mais paciência e tranquilidade para ajudar a filha a enfrentar essas dificuldades. BRILHANTE citou apenas os traumas mamilares, mas que também foram resolvidas sem dificuldades, conforme relatado nas visitas domiciliares.

Quanto às **facilidades**, ambas citaram: o desaparecimento da dor e escoriações nos mamilos, filha e noras mais tranquilas e seguras para amamentar a criança; boa pega; diminuição da pressão arterial, enfim, terem conseguido resolver os problemas com o conhecimento que possuíam, com ajuda dos profissionais de saúde da instituição onde filha e nora ficaram internadas e com a ajuda da enfermeira que desenvolvera o Processo de Cuidar, ao discutir e propor com elas outros cuidados necessários.

Este foi um momento caracterizado como o **Propondo e Realizando o Cuidado**, no qual mais uma vez, o dialogar, o refletir, o ouvir, o trocar experiências, orientar e o educar estiveram presentes na medida em que discutíamos sobre as dificuldades, facilidades e os cuidados que foram estabelecidos no processo de cuidar. Foi bem descontraído e uma troca de experiência bem rica entre as mulheres-avós e enfermeira. Os assuntos fluíam e eram discutidos de forma bem natural, proporcionando, dessa maneira, um crescimento para aquele grupo de pessoas.

Em seguida, mostrei uma transparência que levei com uma mulher amamentado o seu filho (ANEXO 4). Projetei a imagem com auxílio do retroprojetor e solicitei que elas descrevessem o que percebiam e sentiam ao olhar a imagem. Consideraram a imagem bonita e expressiva, o olhar do filho cruzava com o da mãe, demonstrando o quanto de ligação aquela interação estava possibilitando aos mesmos. Essa é a fotografia de que mais gosto sobre a amamentação, porque retrata o que é o amamentar para mim: uma troca.

Compreendo que o amamentar é um momento rico em trocas de carinho, afeto, cheiro, sorriso, enfim, é um momento completo, íntimo, ímpar para o binômio mãe-filho. Entretanto, acredito que, em outras circunstâncias, a mãe pode sentir e expressar esses sentimentos, porém considero que o ato de amamentar é único e os sentimentos transmitidos jamais podem ser comparados a outras formas de transmissão de tais sentimentos.

Aproveitei o momento e dispus as modelagens que elas haviam feito no

primeiro Encontro Individual. Elas ficaram felizes por eu ter guardado as modelagens com todo carinho. Chamei-as até a mesa e fizemos uma reflexão sobre o que tinham modelado. Uma modelagem trazia **dois peitos** (Imagem A), a outra, **uma criança** (Imagem B) e a terceira **uma gestante** (Imagem C). Ressalto que os significados expressos pelas mulheres-avós sobre a amamentação serão discutidos no capítulo intitulado: mergulhando nos significados da amamentação para as preciosidades: uma aproximação inicial.

**Imagem A**



**Imagem B**



**Imagem C**



Falamos primeiro sobre a modelagem que expressava os peitos, refletindo com as mesmas que faltava ver a mulher como um todo, com corpo e mente. O aleitamento materno depende, principalmente da mulher, já que é ela quem decide se quer ou não amamentar. É preciso ver o ser humano como um todo. Em seguida, discutimos sobre a importância de também olhar não apenas para a criança, mas olhar principalmente para o binômio mãe/filho, bem como para os demais familiares, pois o sucesso do aleitamento materno depende de todos. Quanto à modelagem da gestante, refletimos sobre a necessidade de discutir as questões que envolvem o aleitamento materno durante toda a gestação, com intuito de preparar a mulher para enfrentar este processo, porém a decisão de amamentar ou não seria tomada por ela. Ressaltamos, ainda, a importância do companheiro ou esposo nesse momento. E, por último, falou-se sobre a importância da participação de toda a família nessa fase do ciclo de vida familiar.

Percebo que a participação familiar e, especialmente os cuidados das mulheres-avós às filhas, noras, netas e neto foram imprescindíveis nesse momento para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. As mulheres-avós cuidaram com esmero e afinho da filha, nora, neta e neto.

O passo seguinte foi realizar a avaliação da oficina, ou seja, **Repensar sobre o**

**Cuidado e o Cotidiano**, no qual utilizei a dinâmica das carinhas. Mostrei-lhes três carinhas com as seguintes expressões: alegre, indiferente e triste. Pedi que elas escolhessem uma que expressasse como elas haviam chegado e como estavam saindo daquela oficina.

PÉROLA escolheu a carinha alegre e perguntou se não havia nenhuma que expressasse curiosidade também. Eu disse que poderíamos desenhar na carinha escolhida uma interrogação. Ela relatou que estava bem curiosa com o que iria acontecer e em conhecer as outras mulheres-avós. BRILHANTE escolheu a carinha de alegre, pois estava imensamente alegre em estar participando de nossa prática, expressando que, desde o começo, gostou de mim e da forma como eu conversava com ela. Eu escolhi a carinha de alegre e me sentia bastante satisfeita com a nossa “oficina”, uma vez que o cuidado que eu dispensei às mulheres-avós contribuiu para que elas cuidassem de sua filha/nora/neto/nata em processo de amamentação e, principalmente pela troca de experiências com elas e pela desconstrução do meu significado de que as mulheres-avós contribuem para o desmame precoce.

Saboreamos um lanche que eu havia preparado. Elas ficaram surpresas e agradecidas com mais esse cuidado que tive com elas.

No Relaxamento de Integração, convidei as mulheres-avós para ficarem de pé, formamos um círculo e, ao som de uma música, refletimos sobre a importância do aleitamento materno e do nosso papel na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Pedi que elas expressassem, com uma palavra, o que a prática representou para elas. BRILHANTE disse que foram momentos de alegria, sentia-se muito à vontade comigo, não imaginava que eu fosse visitá-la em sua casa tão humilde e que aprendera muitas coisas comigo sobre a prática da amamentação. PÉROLA referiu que foram momentos de trocas de experiências, foi muito bom ter alguém da área da saúde para discutir sobre os problemas que surgiram, o que a deixou mais segura para cuidar de sua filha e de seu neto. Relatou que ela havia trocado muitas experiências comigo referentes às questões do aleitamento materno. Falei que, para mim, foram momentos de muito aprendizado e troca.

As experiências trocadas e vivenciadas com as três mulheres-avós acrescentaram brilho ao meu conhecimento científico, dentre elas, a experiência de

terem sido filha, mãe e mulher-avó, de terem amamentado e terem cuidado de sua filha, nora, neto e neta em processo de amamentação. Admirei-as pela paciência, sabedoria, coragem e forma como enfrentaram as dificuldades que apareceram.

Também fiquei encantada ao ouvir a história que PÉROLA relatou ter vivenciado na época das propagandas de leites industrializados, principalmente por ter aprendido que nem todas as mulheres-avós interferem de forma a desestimular o aleitamento materno, mas, pelo contrário, contribuem de forma esplêndida para que esse processo seja vivenciado da melhor forma possível, envolvendo não somente filha, nora, netos e neta, mas todos os demais familiares. Realmente, aprendi que as mulheres-avós são cuidadoras significativas no âmbito familiar!

Elogiei-as por terem cuidado e estarem cuidando tão bem de sua filha, nora, neto e neta em processo de amamentação. Comentei que, em minha realidade, convivi com mães e sogras que incentivavam o uso de chá, leite artificial e que, muitas vezes, não apoiavam a amamentação. PÉROLA ressaltou que aqui também existem avós que desestimulavam o aleitamento materno e que eu tive sorte de encontrá-las. Falou isto porque ela era agente da Pastoral da Criança e convivia constantemente enfrentando tais problemas. Acredito que ter trabalhando com um grupo de mulheres-avós que promoviam, protegiam e apoiavam o aleitamento materno foi bastante desafiador no sentido de me fazer refletir sobre o papel delas na amamentação. Penso que seria interessante implementar esse Modelo de Cuidar junto a mulheres-avós que não pensam da mesma maneira que BRILHANTE, ESMERALDA e PÉROLA, porém suas concepções possibilitam um repensar sobre a necessidade de implementar cuidados junto às mulheres-avós.

Trocamos um afetuoso abraço coletivo e individual, despedindo-nos em seguida. Elas solicitaram que fosse visitá-las sempre que desejasse e pudesse. Agradei o carinho delas e disse que, assim que tivesse oportunidade, iria visitá-las novamente.

Estes foram momentos nos quais os cuidados com as puérperas foram discutidos, estabelecidos, mantidos e modificados, quando necessários. Foi um momento em que as mulheres-avós também foram cuidadas, sendo estimuladas a manter cuidados pertinentes e repensarem sobre alguns hábitos considerados

prejudiciais ao processo de amamentação, a partir do saber profissional, mas sempre buscando respeitar o saber familiar. Elas foram apoiadas, tornando-se possivelmente mais seguras quando cuidavam de sua filha, nora e neto.

Mais uma vez, o ouvir atentamente, o educar, o dialogar, o esclarecer, o orientar, o reforçar um cuidado, o prevenir, o ter sensibilidade, o manter (preservar), acomodar e repadronizar modos de cuidado, o negociar alguns cuidados, o estar aberto a outras pessoas, o estar dando importância, disponibilidade, o preocupar-se com o outro, o dedicar-se, o ser gentil, o compreender, o calar, o valorizar, o ser empático, autêntico e sincero, o não condenar, o valorizar as práticas, o preservar a individualidade e integralidade do outro, o executar medidas de promoção e principalmente a troca de experiências, foram elementos significativos do cuidado.



*"A vida sempre quer lhe mostrar algo  
que você ainda precisa aprender".*

*Selma Said*

***MERGULHANDO NOS SIGNIFICADOS DA AMAMENTAÇÃO PARA AS  
PEDRAS PRECIOSAS: UMA APROXIMAÇÃO INICIAL***

## **6 MERGULHANDO NOS SIGNIFICADOS DA AMAMENTAÇÃO PARA AS PEDRAS PRECIOSAS: UMA APROXIMAÇÃO INICIAL**

Os significados surgem do processo de interação entre os seres humanos, na maneira como ele age com o outro em relação a uma determinada coisa, ou a um determinado evento. Os significados da amamentação na concepção das mulheres-avós surgiram da interação que as mesmas mantiveram com seus filhos quando os aleitaram. Surgiram também na interação que elas estabeleceram com a mãe, a sogra, a vizinha, o esposo e os profissionais de saúde. Estes significados foram construídos ao longo dos anos e a cada interação que elas estabeleciam com as pessoas que vivenciavam ou experienciavam a prática do aleitamento materno.

Os significados sobre a amamentação continuaram sendo construídos quando elas cuidaram de noras, filha, netas e neto em processo de amamentação. A cada interação vivenciada e experienciada pelas mulheres-avós, os significados eram construídos-desconstruídos-reconstruídos na medida em que eles eram interpretados e utilizados para dirigir suas ações.

A partir de agora, trago os significados da amamentação concebidos pelas mulheres-avós revelados nas seguintes categorias:

### **Amamentação é o leite da mãe que amamenta a criança**

Os significados da amamentação para as mulheres-avós estão relacionados à percepção que elas têm em relação aos atributos do leite materno. Esses atributos são identificados através das falas das mulheres-avós quando relacionam o leite materno como um alimento essencial para a criança, pois: alimenta, mata a fome, promove a saúde, previne e imuniza contra doenças, facilita o desenvolvimento e, principalmente, torna a criança saudável.

*Mas, não é o leite da mãe que amamenta a criança? (...) matou muito a fome dos meus filhos (...) criei todos os meus filhos só amamentando no peito (BRILHANTE).*

*Eu acho que o aleitamento materno é saúde, é prevenção, é facilidade no desenvolvimento da criança e, eu acho que é o essencial que, traz saúde para a criança, imuniza tudo quanto é tipo de doença, eu penso numa criança saudável (...) amamentação é vida, é saúde para o bebê (ESMERALDA).*

No Interacionismo Simbólico, os significados que as coisas têm para os seres humanos são centrais para eles. À medida em que eles interagem é que estes significados vão sendo construídos a depender da ação que executam.

BRILHANTE e ESMERALDA, ao amamentarem seus filhos percebiam que o leite materno além de alimenta-los, era essencial porque promovia a saúde e protegia a criança contra doenças, contribuindo para o seu desenvolvimento, tornando-a saudável. Ao interagirem com seus filhos e observarem o que o leite materno proporcionava para elas, construam os significados e agiam continuando a amamentar com base no significado construído.

Está cientificamente comprovado que o leite materno possui mais de 150 substâncias diferentes, cada uma com sua função biológica: a água (nutriente presente em maior quantidade), proteínas (sustenta o crescimento estrutural celular e proteger o recém-nascido de agentes infecciosos), carboidratos (fonte de energia), lipídeos e os lipossolúveis (desempenham funções múltiplas), minerais (são indispensáveis à nutrição do lactente), e há ainda os hormônios, enzimas, fatores específicos do leite humano, todos eles a serviço das necessidades do lactente (ALMEIDA, apud ALMEIDA, 1999), mostrando que o leite materno proporciona um crescimento e desenvolvimento na criança conforme identificado pelas mulheres-avós quando aleitaram seus filhos.

Santos (2000, p. 25) diz:

As características bioquímicas e imunológicas de espécie-especificidade próprias do leite humano lhes conferem uma composição ideal e incomparável a qualquer outro tipo de leite: bacteriologicamente é seguro e imunologicamente apresenta fatores de proteção e de defesa contra infecções, especialmente as gastrintestinais.

Clark (1984) considera que a vantagem física mais importante que o aleitamento materno oferece ao recém-nascido é a imunidade a infecções e a proteção contra doenças. Já Akre (1997, p. 22) considera que,

o leite humano é muito mais que uma simples coleção de nutrientes, é uma substância viva de grande complexidade biológica, ativamente protetora e imunomoduladora. Não apenas proporciona proteção exclusiva contra infecções e alergias, como estimula o desenvolvimento adequado do sistema imunológico do bebê, além disso, contém muitos componentes antiinflamatórios cujas funções não são completamente conhecidas.

BRILHANTE reproduz o significado da amamentação ao aspecto puramente biológico da ação, ou seja, é o ato ou efeito de amamentar que significa dar de mamar, alimentar, aleitar e nutrir, saciar a fome ou criar o filho com o leite materno (XIMENES, 2000).

ESMERALDA, por sua vez, atribuiu o significado da amamentação como essencial para a criança, uma vez que reproduziu em seu discurso apenas os benefícios que o leite materno traz para a saúde da mesma. Porém sabemos que a amamentação traz benefícios não apenas para a criança, mas também para a mulher que está amamentando.

Silva (1997, p. 16) adverte que o amamentar:

traduz mais do que apenas a ação da mulher oferecer o leite que está produzindo, diretamente da mama, e que o lactente retira através da sucção. Nesse ato, visualiza-se, além do efeito de produção do leite e sua oferta, o envolvimento da mulher com seu filho e todos os elementos afetivos que o envolvem.

O Ministério da Saúde (1995) afirma que o leite materno é o alimento ideal para a criança nos primeiros dois anos de vida. É fundamental para sua saúde e seu desenvolvimento devido às propriedades nutricionais, psicológicas e imunológicas, além de trazer importantes vantagens para as mães.

Além disso, o aleitamento materno é considerado como uma estratégia fundamental para o desenvolvimento do apego entre mãe e filho, o que os aproximam

e promove a interação entre eles. É através dessa interação que os significados da amamentação vão surgindo.

A interação expressa no ato de amamentar influencia no desenvolvimento emocional do ser humano, pois este influencia o equilíbrio psíquico e emocional da criança (BADINTER, 1985).

PÉROLA, por sua vez, considera que a amamentação é um processo que deve ser discutido com a mulher desde a gravidez, motivo pelo qual modelou uma gestante e relatou que a amamentação depende da mulher.

*Falou em amamentação, a primeira coisa, é a mulher (...) então nós começamos desde muito cedo a pensar na amamentação, porque a gente acha que é um processo (...)* (PÉROLA).

Concordo com PÉROLA ao afirmar que a amamentação depende da mulher e que este assunto deve ser abordado desde cedo. Martí (1996) identificou em um estudo que a decisão de amamentar é tomada pela mulher antes e durante a gravidez, porém ela também é influenciada pelo meio sócio-familiar (mãe, avós, sogras, irmã e outros).

Silva (1997) ressalta que o primeiro movimento da mulher no processo de amamentar diz respeito às interações que precedem a experiência real deste ato. A forma como irá alimentar a criança e as implicações envolvidas permeiam toda a gravidez, portanto, cabe à mulher a tomada de decisão em amamentar, o que vai depender de sua percepção, interpretação e atribuição de significados à amamentação.

Lana (2001) reconhece que o êxito da amamentação está na dependência das emoções da mãe, do preparo técnico e do comportamento das pessoas que a cercam. Assim, é essencial que a enfermeira que cuida das mulheres no ciclo gravídico puerperal, dê importância não apenas aos eventos físicos e fisiológicos, mas também aos psicológicos que acompanham o processo de amamentação, pois desse modo, estarão cuidando de uma forma holística, ao visualizar a mulher em seu todo, envolvendo corpo e mente.

A mulher-nutriz deve ser o centro de nossa atenção e cuidado, porque a amamentação somente poderá acontecer através dela. Se, por ventura, suas

necessidades de cuidado não forem atendidas, conseqüentemente a amamentação não ocorrerá de forma satisfatória. Lana (2001, p.8) afirma que “é preciso cuidar bem da mãe para que ela possa cuidar bem do bebê”.

Acredito que as questões que permeiam a prática da amamentação precisam ser discutidas ainda na infância de meninos e meninas, não somente no âmbito familiar, mas também nas escolas, creches, igrejas, serviços de saúde, enfim, este assunto precisa fazer parte do cotidiano de todos, para que ao vivenciarem tenham a consciência da importância desse ato.

Os significados atribuídos à amamentação por EMERALDA e BRILHANTE traduzem a visão do aleitamento materno como essencial apenas para a saúde da criança, uma vez que não relacionam a amamentação como trazendo benefícios para a mulher. PÉROLA, apesar de direcionar seu olhar para a mulher como centro de cuidado, não considerou o ser criança nesse processo. As mulheres-avós não consideraram as vantagens do aleitamento materno para a família, a sociedade e o planeta, uma vez que não retrataram esses benefícios em seus discursos.

As mulheres-avós atribuem os significados à amamentação a partir dos atributos que o mesmo proporciona para a saúde da criança, surgidos na interação com o recém-nascido e com o meio ambiente. A importância de a criança ser amamentada está na influência do leite materno para sua saúde, seu crescimento e desenvolvimento.

Enquanto profissionais de saúde, ao planejarmos e implementarmos cuidados às mulheres e sua família em processo de amamentação, precisamos visualizar também os aspectos culturais, psicológicos, sociais, políticos, econômicos e científicos, dentre outros, sem os quais os cuidados não podem ser considerados como holísticos.

### **Amamentar é uma coisa natural da mulher**

O amamentar foi considerado pelas mulheres-avós como um ato natural, que faz parte da natureza da mulher porque foi criado por Deus.

*(...) a gente tem que se conscientizar de que é uma coisa tão da natureza, tão da mulher (...)* (PÉROLA).

*(...) é a natureza que Deus deixou* (BRILHANTE).

PÉROLA sempre trazia em seus relatos a importância da mulher na amamentação. Ela considerava a amamentação como uma coisa natural da mulher. Em um de nossos encontros, relatou que, quando disseram que sua filha não poderia amamentar apesar de ser diabética, ela passou a incentiva-la, dizendo que se a filha teve condições de ter um filho, certamente iria conseguir amamentar, porque ela era, em primeiro lugar, uma mulher, então com certeza iria amamentar, uma vez que amamentar é uma consequência do parir, como refletem suas palavras:

*(...) amamentar era a coisa mais natural do mundo, como parir! Amamentar é uma consequência do parir (...) Eu disse para ela, além de tudo isto, tu é mulher, tu tens condições de ter um filho, tu vais amamentar! Ai ela acreditou (...)* (PÉROLA).

Os significados aqui expressos pelas mulheres-avós traduzem o olhar biológico da amamentação. Muitas mulheres percebem a amamentação como algo próprio da maternidade, sem ser algo extraordinário, mas não sendo propriamente como uma obrigação e, sim, uma decorrência do seu papel de mulher e mãe.

### **Amamentar é um ato cultural**

Nesse momento, o amamentar deixa de ser visto como um ato biológico e passa a ser compreendido como um comportamento sociocultural, que é transmitido através das gerações. PÉROLA relatou que sua mãe amamentou todos os filhos, somente desmamando quando já estava grávida novamente. Ela vivenciou essa situação e, por isto, também amamentou seus filhos. Sua primeira filha também amamentou. Referiu ainda que ela vivenciou uma “**cultura da amamentação**”.

*(...) a minha mãe amamentou 13, sem nenhum problema. Ela deixava de amamentar quando o outro estava na barriga. Então era assim todo ano um filho, quando o outro já tava ai, então daí, ela parava.* (PÉROLA)

*(...) Mas passar pela cabeça que não amamentar um filho: jamais! porque nós temos uma cultura da amamentação (...)*(PÉROLA).

*O nenezinho nasceu bem pequenininho, não sei se elas te contaram, que o leite era tirado daqui (apontou para a mama) e colocado na seringa e dado garganta abaixo, e assim nós lidamos, até ele pegar o peito, até ele acordar. Ele nasceu 5 de janeiro e acordou (silêncio) parece que foi o dia em que ele nasceu, 12 de fevereiro. Até ali nos lidamos com ele. 12 de fevereiro ele*

*mamou, no peito, dali para frente, pronto. Ele mamou um tempo e deixou quando ela estava esperando o segundo, a mesma história (PÉROLA).*

Ichisato e Shimo (2002) referem que o ato de amamentar seja, consciente ou inconscientemente, é herdado culturalmente e influenciado pela família e pelo meio social em que as pessoas vivem (estímulos culturais, costumes, crenças e tabus).

BRILHANTE, apesar de ser sogra da puérpera, referiu que, se sua nora puxasse a ela, iria amamentar.

*Se ela puxar a mim ela vai amamentar, sim (BRILHANTE).*

Essa fala demonstra que a **“cultura da amamentação”** extrapola a herança sanguínea e biológica, uma vez que BRILHANTE é sogra e não mãe da puérpera, levando-nos a refletir que a herança cultural é também herdada pela convivência, lembrando que família não são só laços de sangue, mas de afeto (NITSCHKE, 1999).

Acredito, portanto, que o ato de amamentar deve ser cultivado de mãe para filhos ainda no ambiente familiar, através de um processo interativo utilizando-se de símbolos significantes, através de um processo de comunicação, seja verbal ou não verbal, no qual, os significados sobre a prática do aleitamento materno possam ser entendidos e, dessa forma, possam dirigir as ações dos envolvidos no processo de amamentação.

A família é o primeiro núcleo de convivência e é a principal referência para a construção de valores durante muitos anos da vida dos seres humanos (ALTHOFF, 2001). Os significados da amamentação são construídos dentro da família e percebidos por eles a depender de como essa prática é vivenciada. Os gestos, as palavras, os cuidados, as ações, os modos de agir das mulheres que amamentam são percebidos pelos demais membros da família que, por sua vez, avaliam e interpretam, construindo seus significados e definindo sua posição em relação a essa prática.

Althoff (2001) alerta -nos para o fato de que transmitir significados, valores e

crenças não significa uma mera transmissão de conhecimentos de uma geração a outra, mas ela é aprendida através da interação entre os membros familiares.

O sucesso da amamentação, atingido por outras mulheres que passaram por tal experiência, precisa ser disseminado, tanto dentro das famílias quanto em outros meios sociais, precisando atingir não somente as mulheres, mas toda a comunidade, porém com efetiva participação das mulheres e dos profissionais de saúde, pautados em bases teóricas e práticas de forma sistematizada, alertando-a quanto à necessidade de assegurar à mulher nutriz tranquilidade para vivenciar esse momento dentro do ciclo gravídico puerperal.

Primo e Caetano (1999) salientam que as experiências em casa e a educação das crianças influenciarão, posteriormente, em suas atitudes e desempenhos frente ao aleitamento materno e à maternidade.

As crianças e os jovens precisam receber uma educação sobre a amamentação dentro e fora dos lares. Espaços como escolas, igrejas, associação de moradores, creches dentre outros, devem ser aproveitados para serem discutidos os aspectos sócio-culturais que permeiam a prática do aleitamento materno.

Quando uma criança vê a mãe amamentando, ela interpreta essa ação, formando significados; assim, ela os interpreta de acordo a ação vivenciada e passa a lidar com os próprios significados, ao interagir consigo própria, selecionando, reagrupando e transformando à luz da situação em que se encontra, construindo e reconstruindo significados no processo de interação que vivenciou, os quais servirão de guia para sua conduta.

### **A amamentação depende da vivência e experiência da mulher e do apoio que ela recebe da rede social**

A amamentação depende, principalmente, da mulher, é ela quem decide se quer ou não amamentar. Essa decisão, no entanto, depende da vivência e experiência que ela possui no cotidiano. É preciso que a enfermeira conheça a história da amamentação vivenciada pela mulher para, a partir daí, implementar o cuidado necessário.

A mulher sofre influências do meio social, que acabam por interferir nas avaliações que ela faz sobre o processo de amamentação, construindo significados a

partir das interações estabelecidas.

Um outro fato que contribui para o sucesso da amamentação, que merece ser destacado e que também surgiu nas falas das mulheres-avós, é a importância do apoio que ela recebe da rede social, dentre eles o apoio dos familiares, dos profissionais de saúde, das políticas de saúde, e, em especial, o que diz respeito à proteção ao aleitamento materno, como a licença à gestação e à paternidade.

Situação esta que é percebida nas falas das mulheres-avós, ao relatarem que o sucesso da amamentação depende do que ela traz de casa, ou seja, do que ela vivenciou com os familiares sobre a prática do aleitamento materno.

*(...) eu acho que muito do sucesso do aleitamento depende muito do que ela traz de casa, assim, as vezes de família, se ela foi amamentada, o que ela ouviu durante toda a vida sobre aleitamento, que imagem ela tem assim, de mulher, de mamar daquela coisa toda (PÉROLA).*

Primo e Caetano (1997) relatam que a decisão de amamentar e a duração do processo dependem da experiência positiva com a amamentação, gravidez desejada ou programada, apoio da família, sobretudo, da mãe e do companheiro.

BRILHANTE, por sua vez, relata que ela mesma realizava os cuidados quando surgiam problemas, como o ingurgitamento mamário, entretanto, afirma que esses cuidados foram aprendidos ao longo de sua vivência com a amamentação, embora tenham sido ensinados por sua mãe que era parteira, destacando dessa forma, a importância da ajuda da mãe durante o processo da amamentação.

*Tive ajuda da minha mãe, os primeiros filhos eu morava pertinho dela, oh! Ela me ajudava, ela era parteira (BRILHANTE).*

*Ah, eu mesma esvaziava, ia no banheiro e pegava e passava uma água bem quente e passava assim, porque ele desce, porque tá muito cheio, porque a criança, quando é novinho, ele passava dormindo quase, né, não queria mamar quase, ai, mas ai não, eu não deixava, eu pegava, eu mesmo ia apertando e tirava (BRILHANTE).*

*(...) a minha mãe me ensinava que, quando vai dá de mamar, não pode tá cansada: minha filha, se você tiver varrendo uma casa, se você tiver fazendo qualquer coisa, primeiro descansa para depois dá de mamar para o nenê (...)* (ESMERALDA).

*(...) minha mãe disse que através do leite vai o carinho, se você tiver algum problema ou alguma coisa pode até passar para o nenê, então, depende de*

*sua presença de espírito ali, se você tiver calma, ele vai ficar calmo; se você tiver agitado, ele vai ficar agitado (ESMERALDA).*

As situações novas vivenciadas em um ambiente familiar, como o nascimento, podem ser permeadas por ajuda, principalmente de outras mulheres, seja pelas mães, seja pelas sogras, irmãs, cunhadas, amigas ou vizinhas que oferecem apoio ao participarem nos cuidados com a puérpera e recém-nascidos, formando uma rede social de apoio.

As puérperas sentem-se confortadas com o apoio e cuidado que recebem, mesmo que estes sejam temporários. Além de diminuir a carga de trabalho para as mesmas, as mulheres se sentem mais seguras quando têm alguém para compartilhar suas dúvidas.

O apoio que as puérperas recebem de sua família, especificamente, das mulheres-avós é constituído pela interação entre elas, que exercem uma influência na família, uma vez que há troca de informações e transmissão de crenças e valores.

PÉROLA também relata a importância do apoio da mãe no processo da amamentação. Mas também destaca a importância do apoio dos pais, dos irmãos e dos maridos.

*(...) se não tivesse alguém assim para dar uma força, hoje ela reconhece que realmente foi muito importante isso (PÉROLA).*

*K tem uma mãe, tem um pai, tem os irmãos, todo mundo pode ajudar e quem não tem? (PÉROLA).*

*(...) meu marido é da área da saúde e, então, ele me dava algumas dicas e assim a gente ia resolvendo (...) (PÉROLA).*

A este respeito o Ministério da Saúde (1995, p.) salienta que

apesar do aleitamento materno ser um ato natural e a maioria das mulheres conseguirem amamentar seus filhos sem ajuda, muitas mães, principalmente as primíparas e adolescentes, necessitam de apoio do companheiro, da família e dos profissionais de saúde para terem êxito nessa tarefa.

A filha de PÉROLA, em sua fala, retrata a importância do apoio recebido de sua mãe, ao afirmar que não teria conseguido amamentar de forma satisfatória se não fosse pela ajuda que recebeu dela, principalmente porque ela não tinha experiências e tudo era muito novo, o que a deixava insegura quanto aos cuidados com o filho, principalmente com a prática da amamentação.

*Se não fosse a ajuda de minha mãe, eu não teria conseguido amamentar como desejava, porque tudo é novo e eu não tinha vivência com a prática da amamentação (Filha de PÉROLA).*

A nora de BRILHANTE também ressalta a importância do apoio recebido de sua sogra, não somente com os cuidados com sua filha, mas também pelas orientações que ela lhe fornecia sobre amamentação.

*A ajuda de dona F. foi muito boa, ela cuidava de F. para mim e também me ensinou como tirar o leite do peito quando está cheio (Nora de BRILHANTE).*

PÉROLA também nos chama a atenção para a importância do apoio dos amigos, ao ressaltar que a nutriz pode ser influenciada pelos comentários que os mesmos fazem sobre a prática da amamentação, que podem influenciar de forma negativa se não tiveram uma vivência tranquila com a amamentação ou se elas não amamentaram.

*(...) se ela não tem uma boa história, se ela não foi amamentada, se as amigas delas não amamentam, se todo mundo diz assim: ah, não, isto é bobagem! Depois tu faz uma mamadeira, o leite é tão pouco, aí, então, ela fica com isto muito forte dentro dela.(PÉROLA)*

PÉROLA, Agente da Pastoral da Criança, destacou com ênfase a importância dos profissionais de saúde no apoio à prática da amamentação.

*(...) eu faço trabalho, inclusive, com gestantes, e eu acho assim, tem que ser assim, tem que ser... engravidou! tem que se começar a falar se ela pretende amamentar, se ela já pensou nisto, a gente começar a estimular, entende?(...) porque eu sou uma agente da pastoral da criança, então, nós temos que, desde cedo, começar a falar sobre a amamentação (...) então se ela começar a pensar, que ela tem condições de amamentar e que isto é uma coisa legal, e que se a gente trabalhar isso assim com bastante vibração (ênfase), com bastante entusiasmo, é evidente que ela vai começar a ver isto também com muito entusiasmo e aí a gente vai poder ajudar (...), então, nós começamos desde muito cedo a pensar nisto, porque a gente acha que é um processo (...)* (PÉROLA).

PÉROLA também destaca a importância da licença à gestação e à licença a paternidade como ferramentas para a proteção da amamentação.

*Eu amamentava o tempo que eu ficava em casa, que era 94 ou 84 dias, era a licença à gestação naquela época* (PÉROLA).

*(...) ainda bem que se criou outros meios, como a licença à paternidade, porque é o apoio necessário (...)* (PEROLA).

Ainda surgiu, como forma de apoio e proteção ao aleitamento materno, a utilização de creches como um direito que as mulheres possuem, embora estes não sejam respeitados. Além do mais, as creches que existem não têm profissionais qualificados e em número suficiente para assistirem as mulheres em processo de amamentação.

As mulheres que recebem orientações de pessoas nas quais elas confiam, geralmente, apresentam uma mudança de comportamento. Ichisato e Shimo (2001) constataram isto em seu estudo ao perceber que a mãe ainda exerce a função de eterna orientadora dos atos (tradição), apesar da nutriz ter constituído uma família, pois já vivenciou a maternidade. O médico, o marido, a amiga, também fora citados como pessoas que orientam a mulher durante o processo da amamentação.

Os significados sobre a amamentação também são construídos em outros ambientes que não apenas o familiar, com outras pessoas e não apenas com a família. Eles podem surgir também com estruturas institucionais. Como vimos, os vizinhos, os

amigos e os profissionais de saúde são as pessoas mais próximas da mulher em seu ciclo gravídico puerperal, e, entre eles, também ocorre um processo de interação.

Ao identificar e compreender os significados que a família atribui ao aleitamento materno, a enfermeira poderá planejar e desenvolver suas atividades junto com eles.

### **Amamentação é permeada por facilidades e dificuldades**

Segundo as mulheres-avós, o ato de amamentar é permeado por facilidades e dificuldades. As facilidades foram percebidas por elas quando se amamenta o segundo filho. Também relatam que o ato de amamentar se torna mais fácil quando elas recebem informações sobre o manejo da lactação. Perceberam também, que à medida que o tempo passava novas informações iam surgindo sobre o processo de aleitamento materno, pois as pessoas se aperfeiçoavam e conseguiam orientar melhor.

ESMERALDA percebia a amamentação de acordo a vivência com cada criança que foi amamentada, ao relatar que amamentar a segunda filha foi mais fácil que a primeira.

*(...) da segunda, não que a primeira não tenha gostado de amamentar, mas o segundo filho em diante, meu Deus era a coisa mais linda! Eu largava tudo para amamentar (...)* (ESMERALDA).

BRILHANTE retrata que o ato de amamentar para ela sempre foi visto como algo fácil.

*Ah,, facilmente, meus filhos todos eles foi fácil mesmo, nenhum não foi difícil amamentar no peito* (BRILHANTE).

PÉROLA retrata que o amamentar não é fácil.

*(...) amamentar não é fácil, apesar de ser um ato natural* (PÉROLA).

Quanto às dificuldades enfrentadas pelas mulheres-avós durante o ato de amamentar, merecem destaque o de amamentar pela primeira vez, porque o seio rachava, doía e ficava empedrado, e, como elas não tinham esclarecimento nem os ensinamentos que se tem hoje, isso dificultava o processo de amamentação.

*A primeira, sempre a primeira vez é mais difícil, a primeira eu não tinha tanta, há, apesar que a minha mãe me orientou muito, então eu apanhei um pouco, porque doía, rachava, o seio ficava empedrado, não tinha todas esses ensinamentos que a gente tem quando tem o bebê agora, que a pessoa vai, explica como é que tira o leite, como é que faz, quando tá (...) (ESMERALDA).*

*A gente tinha dificuldades, porque, no meu tempo a gente não tinha o que a gente tem hoje (...). Eu não tinha esclarecimento (...) Daí eu encarei com a maior naturalidade: rachadura, peito empedrado, tudo quanto era problema, a gente tentava resolver da forma que dava na cabeça, que meu marido é da área da saúde, e então, ele me dava algumas dicas e assim a gente ia resolvendo (PÉROLA).*

*Não tinha todas esses ensinamentos que a gente tem quando tem o bebê agora que a pessoa vai, explica como é que tira o leite, como é que faz, quando tá.... É como você disse, conforme o estudo, vai melhorando, a pessoa vai-se aperfeiçoando mais e vai orientando melhor a pessoa, e quando eu ganhei os meus não era assim (ESMERALDA).*

As mulheres sempre enfrentaram dificuldades biológicas no processo de amamentação. As mais comuns são ingurgitamento mamário, traumas mamilares e dor. A falta de conhecimento das nutrizes e dos familiares para prevenir e resolver esses problemas terminam por dificultar o processo de amamentação, tornando um momento permeado por dificuldades.

Frota e Marcopito (2004), em um estudo, identificaram que as dificuldades mais frequentemente relatadas pelas mães foram problemas com os mamilos, como dor, fissuras, mastite. Essas dificuldades normalmente aparecem nos primeiros dias de pós-parto e estão fortemente associadas ao desmame.

A causa mais comum de dor para amamentar deve-se a traumas mamilares por posicionamento e pega inadequados. Os mamilos curtos e planos ou invertidos também são causas de dor mamilar e, conseqüentemente, traumas mamilares. Faz-se necessário prevenir e tratar tais problemas, já que a dor para amamentar é uma importante causa de desmame.

Carvalhaes e Corrêa (2003) identificaram em seu estudo que muitas mães amamentavam em posição desfavorável, o que tende a dificultar a amamentação e, conseqüentemente, causar traumas mamilares, mamadas pouco eficientes e o não esvaziamento completo da mama, com conseqüências negativas para o crescimento do bebê.

A mulher nutriz precisa de apoio durante o processo de amamentação e o profissional de saúde tem um papel importante na prevenção e no manejo dessas dificuldades, o que requer conhecimentos, atitudes e habilidades específicas.

A falta de experiência também é apontada como um fator de risco para o desmame. A esse respeito, o Ministério da Saúde (1995) alerta para o risco do desmame precoce entre as primíparas, enfatizando a necessidade da atenção a ser dispensada as essas mulheres.

PÉROLA trouxe, em seus relatos, um dado importante que merece ser mencionado sobre a propaganda dos leites industrializados como uma situação difícil de ser enfrentada, porque essa influencia na decisão da mulher de amamentar ou não, destacando que, logo no começo, essa propaganda não a tinha atingido, porém devido a algumas dificuldades enfrentadas, principalmente no retorno ao trabalho, ela havia apelado para o uso do leite artificial.

*No meu tempo, olha era brabo o bombardeio, o que eu passei, porque a gente sai da maternidade já com a receita do leite, entendeu?(...) Já saí com a receitinha, o pediatra que deixava com a gente. E o álbum do leite ninho, propaganda do leite ninho. Um álbum com um monte de historinhas, um monte de fotos de crianças bem forte e crescidas, não é? E um cantinho para escrever não sei o que lá! E a primeira mamadeira e o primeiro leite, o primeiro não sei o quê! (...) mas, tudo propaganda dos leites artificiais. Assim, é lógico que aquilo não me atingiu, né e depois ai, devido a algumas circunstâncias, a gente teve que apelar para o leite (PÉROLA).*

A propaganda dos substitutos do leite materno estão presentes na nossa história há mais de um século. Os fatores econômicos falam mais alto e as companhias de leite artificial investem pesadamente em propagandas. Segundo Rea (1990), na década de 1980, as quatro companhias mais importantes de fórmulas infantis que dominavam o mercado mundial são a Nestlé, a Abbott-Ross, a Bristol – Myers – Mead – Johnson e a

Wyeth – American Home Products.

A autora acrescenta ainda que são inegáveis os avanços conseguidos com a produção de fórmulas infantis mais sofisticadas e adequadas às necessidades específicas, contudo, há estudos comprovando que é muito pequeno o percentual de bebês que necessitam realmente de tais produtos em substituição ao leite materno. Entretanto, os lucros das companhias não seriam auferidos se só esse mercado fosse atingido. Daí a tarefa de criar nas mães (e nos médicos) a necessidade de tais produtos, ao difundi-los através do *marketing* durante esses cem anos. A imagem do produto perfeito, que leva a bebês robustos e facilita a vida da mulher, é vendida com toda sofisticação e invade os vilarejos mais distantes. Esse fato é comprovado pela fala de PÉROLA.

Percebo que isso contribuiu para a construção de um significado para o leite materno e para o leite artificial, sendo este último tido como perfeito em detrimento ao primeiro, levando, mais uma vez, as mulheres a acreditarem que o seu leite não sustenta a criança.

Pelo discurso de PÉROLA, este *marketing* não influenciou a sua decisão em amamentar, porém nos deparamos constantemente com mulheres que duvidam do seu leite, o que as leva a introduzir o leite artificial, culminando no desmame precoce.

O apoio dispensado às mulheres nutrizas não deve ser visto como algo exclusivo dos profissionais de saúde, mas como uma ação a ser desenvolvida no núcleo familiar como suporte à maternidade, por conseguinte, o ato de amamentar. Porém, cabe aos profissionais de saúde, especialmente a enfermeira, dar esse suporte aos familiares.

### **Amamentando e trabalhando**

O amamentar é visto pelas mulheres-avós como uma coisa natural e importante, porém cansativo, estressante e complicado, permeado por sofrimento e cansaço quando a mulher amamenta e trabalha. Elas referiram que fica difícil manter a amamentação e trabalhar por causa da correria.

*Meu sofrimento, porque eu trabalhava muito na roça, e aí quando chegava, deixava eles em casa, quando chegava cansada do serviço, tinha que dar o peito (BRILHANTE).*

Portanto, vivenciar a amamentação significa, para as mulheres-avós, experimentar momentos de cansaço, pois o amamentar depende do seu corpo, do seu físico, e isto implica um gasto de energia.

BRILHANTE vivenciou o trabalhar e amamentar em uma zona rural, portanto, não usou de seu direito de mulher nutriz e trabalhadora. Pelo momento histórico que vivenciou a amamentação e por residir na zona rural, acredito que não era discutido o direito da mulher que amamenta quanto à licença para gestação. Então, ela vivenciou o ser mulher que amamenta e trabalha, o que ocasionou o acúmulo de atividades e, conseqüentemente, desgaste físico e emocional.

PÉROLA relatou o amamentar e trabalhar como estressante, mesmo morando em um centro urbano e conhecendo o seu direito de mulher nutriz e trabalhadora. Naquela época, a licença a gestação era de apenas 84 dias, e o retorno ao trabalho era um fator que levava à diminuição da produção do leite, em conseqüência da diminuição da sucção do mamilo que levava a diminuição da produção de leite.

*Eu amamentava o tempo que eu ficava em casa, que era 94 dias, 84 dias, né? que era a licença a gestação na época. Depois que a gente começa a trabalhar, que é aquele estresse todo, lá se ia o leite embora. Por isso é que eu sempre digo, para manter o aleitamento, é caro, porque começa a correria, fica complicado (PÉROLA).*

PÉROLA cita a criação da creche como auxílio para as mães que trabalham fora e ainda amamentam, porém ela percebe que, mesmo com esse recurso, fica difícil manter a amamentação, porque a criança fica sem mamar durante o dia, e mamar somente durante a noite é pouco, o que ocasiona a diminuição para o estímulo da produção do leite, e, conseqüentemente, fazendo o “leite ir embora”.

*As mulheres, quando estão amamentando, vão indo maravilhosamente bem, daí quando elas vão trabalhar, elas botam a criança na creche, então fica o dia inteiro a criança sem mamar, daí dão de mamar durante a noite, e é muito pouco isto, talvez não tanto a falta para criança, mas o próprio, aquele estímulo para produção do leite (PÉROLA).*

Isso nos mostra, mais uma vez, que o amamentar não é apenas um ato biológico, mas também um ato social, uma vez que avança para questões como o trabalho fora do lar.

O suporte social para a mulher amamentar e trabalhar obteve um avanço significativo, a partir da Constituição Federal de 1988, no que diz respeito à licença maternidade, licença paternidade, direito à licença para hora de amamentação, da proteção à maternidade, direito para amamentar durante a jornada de trabalho, constituindo-se em uma responsabilidade coletiva o ato de amamentar e trabalhar.

Entretanto, na prática, muitos desses direitos ainda não são garantidos, como o direito às creches, levando a mulher a vivenciar um conflito no seu papel de nutriz e de trabalhadora, que é determinado pela falta de condições sociais adequadas.

Uma outra questão, que merece ser discutida, diz respeito à licença a gestação, pois a mulher possui direito apenas a 120 dias de afastamento do emprego para amamentar, no entanto, a amamentação exclusiva é recomendada por um período de 180 dias. Enquanto profissionais de saúde, precisamos reivindicar que esse prazo seja revisto junto aos órgãos competentes, a fim de que seja garantido mais este direito à mulher nutriz. Não podemos deixar de mencionar o número elevado de mulheres que estão trabalhando sem carteira assinada, sendo-lhes também negado esse direito.

No momento, a Sociedade Brasileira de Pediatria, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a ONG Amigas do Peito, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), dentre outros representantes da sociedade civil organizada, estão recolhendo assinaturas para pressionar a emenda que propõe a extensão da licença-maternidade para 6 meses, opcional, através de incentivos fiscais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Há de se considerar a importância do apoio dos familiares, amigos e vizinhos que convivem com a nutriz, dentre eles as mulheres-avós, muito embora nem sempre estejam preparadas para exercer cuidados necessários para ajudar na manutenção da amamentação, tornando-a menos conflituosa e mais prazerosa. É imprescindível a inclusão desses atores no manejo da lactação.

### **Leite: ter e não ter? Muito, pouco? Eis a questão!**

Os significados relacionados à quantidade do leite foram expressos pelas mulheres-avós, sendo estes identificados como **ter pouco leite, ter muito leite, não ter leite.**

Com relação ao **não ter leite**, PÉROLA relata ter vivenciado essa situação, ao cuidar de outra filha em processo de amamentação, tendo escutado vários comentários de que sua filha não iria conseguir amamentar porque era diabética, e que o portador de diabetes não tem leite.

*(...) as pessoas diziam que ela não teria leite, que ela não ia amamentar porque ela era diabética, diabético não tem leite, estas histórias ai, que às vezes a gente ouve (...)* (PÉROLA).

As doenças versus a amamentação são situações bastante discutidas no cotidiano de quem vivencia o ato de aleitar. Sabemos que esse fato é permeado por crenças e tabus que levam a mulher a duvidar do seu poder e de sua potência de amamentar.

Apesar de ter trazido em seu discurso a questão do não ter leite, PÉROLA, em nenhum momento, desacreditou do poder e da potência da filha em amamentar seu neto, pelo contrário ela incentivou a filha a amamentar ao dizer-lhe que ela era mulher e, se ela pariu, também iria conseguir amamentar.

*(...) tu é mulher, tu tens condições de ter um filho, tu vais amamentar! Ai ela acreditou (...)* (PÉROLA).

Considerarei importante abordar esse fato ocorrido com PÉROLA e sua filha, pois acredito que foi um significado desconstruído e reconstruído por ela, quando ela interagia com sua filha e com as pessoas que atribuíam o significado do não ter leite a quem vivencia o problema do diabetes.

BRILHANTE amamentou seus filhos e referiu que tinha **muito leite**. Acreditava que o seu leite materno foi suficiente porque matou a fome de seus filhos. No entanto, ela também relatou fatos de sua experiência no cuidado de uma filha que ela acreditava ter um leite fraco e em pouca quantidade, portanto, não sustentava a criança, pois, mesmo depois que a ela mamava ficava chorando, levando sua filha a introduzir outros alimentos e a utilizar a mamadeira como outra forma de alimentar o

filho.

*Tem muitas mães que não tem amamentação suficiente, outra é muito fraco o leite, aí a criança mama, mas não alimenta, né aí fica com fome, fica chorando, aí se vê obrigado a fazer a mamadeira, mas eu, graças a Deus, eu nunca tive este problema, tudo eles mamavam e se criavam bem tranqüilo (BRILHANTE).*

*(...) eu tinha muito leite (...) eu não tinha leite fraco (...) Já a minha filha teve que dar mamadeira, porque o leite dela era fraco, ou tinha pouco, não sei porque o bebê mamava e chorava, aí ela começou a dar mamadeira (BRILHANTE).*

A amamentação estabelece uma interação entre mãe e filho que implica na geração de significados percebidos, principalmente no sentido do recém-nascido para a mãe. Isso porque a mãe identifica, analisa e faz julgamento sobre as manifestações de comportamento do filho, estabelecendo, a partir daí as ações relativas ao ato de amamentar (SILVA, 1997).

Após o nascimento, a mãe começa a conhecer e a compreender a linguagem expressa através da interação com seu filho. Para isto, ela utiliza o método básico que é a observação das manifestações do comportamento da criança, principalmente através do choro, período de sono e vigília, da frequência com que ela aceita e solicita a alimentação, do tempo gasto nas mamadas, das expressões não verbais, além da avaliação do crescimento e do desenvolvimento. É a partir desses elementos que a mãe avalia o bem-estar da criança. Essa avaliação é baseada na interpretação que ela faz das manifestações do recém-nascido associada, principalmente, ao alimento que a criança está recebendo e ao fato de a mãe perceber a alimentação como um dos elementos principais do cuidado a serem dispensados a criança (SILVA, 1997).

Assim, se a mãe interpreta significando que a criança está chorando por não ter sido alimentada adequadamente com seu leite, ela, ao reavaliar a situação e pensar em uma ação para resolver os problemas, pode surgir a introdução de outros alimentos e o uso da mamadeira.

BRILHANTE atribuiu um significado ao aleitamento materno quando aleitou seus filhos. Ela nos reporta ao leite como um alimento completo que matou a fome de

seus filhos. No entanto, ao experienciar o cuidado à sua filha, trazia o significado de que, quando o bebê chora, é sinal de que o leite não está sustentando, porque é um leite fraco, mostrando que os significados são construídos a cada interação e de acordo com a situação vivenciada.

A experiência de BRILHANTE, ao cuidar da filha e avaliar o choro como expressão de uma alimentação insuficiente, mostra-nos que

no decorrer da experiência de amamentar, a avaliação feita continuamente leva a uma reelaboração da atitude materna frente a esta determinada situação, indicando alterações no seu comportamento e reformulação do curso previamente estabelecido para a amamentação (SILVA, 1997, p. 148).

Isso também nos faz acreditar no que é citado abaixo:

As manifestações de comportamento do recém-nascido têm grande impacto sobre a forma como a mãe constrói o significado da experiência de amamentar e como ela se vê praticando a amamentação. É, através da interpretação dela a essas manifestações, que a mãe percebe segura ou insegura, quanto à sua capacidade de garantir a alimentação da criança (SILVA, 1997, p. 148).

PÉROLA, ao modelar uma gestante, em uma das dinâmicas criativas e sensíveis durante um dos nossos encontros, colocou os seios grandes, porém, relatou que não achava isso necessário para o sucesso da amamentação, afirmando que não era preciso ter os seios grandes para poder amamentar. Acredito que essa demonstração de tamanho das mamas versus quantidade de leite produzido foi uma forma dela expressar que o tamanho das mamas está relacionado com a quantidade de leite produzido. Este é um dos significados presentes no ambiente simbólico, não somente das mulheres.

*(...) coloquei dois seios assim meio grandão, que eu não acho assim tão necessário, mais enfim, tamanho não faz documento (...)* (PÉROLA).

Entretanto, sabemos que o tamanho das mamas não influi na quantidade ou qualidade do leite que a mulher produz.

Ainda com relação à quantidade de leite, ESMERALDA, por sua vez, trazia como crença que a canjica e canja de galinha aumentam a produção do leite, por isso ela oferecia esses alimentos à sua nora.

*A canjica aumenta a produção de leite (ESMERALDA).*

As crenças e os tabus influenciam a alimentação materna durante a lactação, isto porque a hipogalactia tem levado ao desmame precoce. Os alimentos ou bebidas que, segundo crenças locais, aumentam a produção do leite materno, são chamados de lactogogos (ICHISATO e SHIMO, 2001). A crença sobre determinados alimentos é cultural, sendo transmitida através das gerações.

Ichisato e Shimo (2001) realizaram um estudo com o objetivo de identificar lactogogos/galactogogos regionais utilizados como suporte do aleitamento materno, pautados nos tabus e crenças. Elas concluíram que as mulheres que fizeram uso de lactogogos/galactogogos frente a hipogalactia acreditavam no seu uso como um dos suportes ao aleitamento materno e mantinham a crença fundamentada nas informações transmitidas culturalmente através do relacionamento avó-mãe-filha. As participantes do estudo utilizaram como lactogogos frutas, suco, gema de ovo, leite, sopa de fubá, canjica, caldo de frango, dentre outros, e enfatizaram muito a necessidade de ingestão de líquidos. As autoras apontam a necessidade de realização de outras pesquisas para comprovar como e porque estes alimentos, utilizados pelas mulheres, aumentam a produção do leite.

No entanto, King (1995, p.73) afirma que apenas menos de 1% das mulheres não podem realmente produzir leite suficiente para seu filho, e o que faz aumentar a quantidade de leite produzido é o efeito da sucção do bebê que desencadeia um movimento de hormônios no organismo da mulher durante a lactação.

Ao sugar, o recém-nascido estimula as terminações nervosas existentes na aréola. Estas enviam uma ordem à hipófise para liberar os hormônios

prolactina (hipófise anterior) e ocitocina (hipófise posterior). A prolactina vai através do sangue para a mama e estimula as células secretoras a produzirem leite. Quanto mais cedo o recém-nascido mama, mais prolactina é secretada e mais leite se produz. Este é o chamado reflexo da prolactina ou produção do leite. A maior parte da prolactina está no sangue cerca de 30 minutos após a mamada, o que faz com que a mama produza leite para a próxima mamada (BRASIL, 1995, p. 08).

A ocitocina, por sua vez, é responsável pela contração das células mioepiteliais que contornam os alvéolos. Ela faz com que o leite coletado nos alvéolos flua através dos ductos para os seios lactíferos e, algumas vezes, para fora da mama. A ocitocina é produzida mais rapidamente que a prolactina, e, portanto, faz com que o leite que já está produzido flua para a mamada atual (BRASIL, 1995).

Então, quanto mais o bebê suga mais leite é produzido. A fisiologia da lactação deve ser discutida com as pessoas que vivenciam o processo de amamentação. Vale salientar que é importante também discutir que “a produção de leite desencadeada pela prolactina não é facilmente afetada, desde que a criança sugue na posição correta, esteja em aleitamento materno exclusivo e em regime de livre demanda” (BRASIL, 1995).

Entretanto, a liberação da ocitocina pode ser afetada pela fadiga, dor, tensão ou ansiedade, dificultando, dessa forma, a decida do leite para a criança, mesmo que o leite esteja sendo produzido, fazendo com que o bebê não consiga receber o leite necessário e chorar com fome. Essa situação provoca ansiedade para a mãe, bloqueando ainda mais a liberação da ocitocina, formando assim, um ciclo vicioso.

Neste caso é importante a intervenção de um profissional ou de um familiar que compreenda esse mecanismo fisiológico e procure tranquilizar a mãe, evitando-se, assim, problemas que podem interferir no sucesso da amamentação.

### **O leite fraco não sustenta a criança e o leite forte sustenta a criança**

É comum um grande número de mães referirem que seu leite não sustenta a criança, porque é pouco, insuficiente ou fraco, o que a faz complementar a alimentação com leite artificial, devido à angústia de estar prejudicando seu filho. Entretanto,

alguns autores relacionam esta atitude das mães como uma desculpa para o abandono do aleitamento (NOBREGA, 2000).

BRILHANTE trouxe, em seus significados da amamentação, a crença do leite fraco, como aquele que não sustenta a criança e o leite forte, como aquele que sustenta e alimenta a criança. Ela acredita que, quando a criança mama leite fraco, este não alimenta, uma vez que a criança mesmo depois de ser amamentada, fica chorando, e o choro é interpretado como um sinal de que a criança ainda está com fome, sendo necessário oferecer a mamadeira.

*Falava para ela, acho que teu leite, de certo não sustenta, de certo era um leite fraco (...) Ele mamava assim e parecia que estava com fome igual, e daí a pouquinho estava chorando. (BRILHANTE)*

*Por isso que eu digo, várias mães, não é todos igual que, que tem o leite forte, assim, que alimenta bem a criança, muitos tem bastante leite mas não sustenta, é um leite fraco, às vezes (BRILHANTE).*

A frequência e a intensidade do choro é uma das formas de expressão do recém-nascido que mais chama a atenção da mãe, ou seja, a mãe interage com seu bebê de acordo com o significado que atribui à ação do bebê, neste caso o choro. Ela avalia e interpreta-o como um indicador de fome, mesmo sabendo que o choro pode ser indicativo de outros desconfortos, porém o primeiro significado que ela atribui a essa manifestação é o de fome.

Normalmente, as mães interpretam o choro como fome, porque elas acreditam que após mamar, a criança deve dormir ou ficar calma. Porém, se isto não ocorre, elas imaginam que o comportamento da criança é insatisfação, porque o leite não saciou a fome e, por isto, seu leite é fraco ou insuficiente, porque não sustentou a criança.

BRILHANTE acredita que, quando a criança mama leite forte, ela fica tranqüila, não chora, não fica doente, tem um bom crescimento e sempre, depois de mamar, dorme, porque o leite sustentou e saciou a fome.

*(...) porque a criança quando se alimenta, que o leite é forte, ele não chora (BRILHANTE).*

*Os meus, não, terminava de mamar, mamava bastante, assim, e depois só dormia (BRILHANTE).*

Interessante ressaltar que os significados de leite forte e leite fraco eram atribuídos por BRILHANTE em momentos distintos. Ela acreditava que seu leite era forte, uma vez que seus filhos não choravam e cresceram saudáveis. Por outro lado, ao cuidar da filha, acreditava que o leite da mesma era fraco porque seu neto continuava chorando.

*Eu não tenho leite fraco, porque meus filhos se criaram bem, nem doente não ficava (BRILHANTE).*

*(...) de certo, o leite dela era fraco, porque a criança mamava e continuava chorando (BRILHANTE).*

A esse respeito, Lana (2001, p.225) diz que “só existe leite forte. Na maioria das vezes, a mãe tem a impressão de que o leite não é forte, pois o bebê mama muito freqüentemente, dando a impressão de sempre estar com fome”.

Sabemos que o leite materno é de fácil digestão, ocasionando mamadas freqüentes. Porém, é preciso averiguar se o bebê está sendo amamentado até o completo esvaziamento da mama, o que faz com que ele receba o leite do final da mamada que contém um conteúdo de gordura maior, capaz de sustentar o bebê por mais tempo.

Muitas mães afirmam que seus bebês choram demais porque estão com fome e que elas não tem leite suficiente ou o leite é fraco. O Ministério da Saúde (1995, p. 22) afirma que

nem sempre o bebê chora porque tem fome. O choro é a única forma que o bebê tem para se comunicar no início da vida. Ele pode chorar porque está molhado, com frio ou calor, ou simplesmente porque quer carinho. A dor, cansaço, desconforto, doença, cólica, alimentação da mãe, drogas que a mãe toma, bebês com grandes necessidades e fome também são fatores que podem despertar o choro de uma criança.

Silva (1997, p. 149) afirma:

A mãe atribui o significado ao que é expresso pelo recém-nascido através do

choro. Este fato indica que ela age e reage na sua interação com o recém-nascido. A maneira como esta linguagem é interpretada depende da perspectiva da mãe, uma vez que estas interpretações e inferências são influenciadas pelas concepções da qualidade e quantidade do leite que produz, dos sentimentos percebidos por ela, na sua condição de nutriz e pelas inferências externas que sofre em seu meio. Apenas as mães estabelecem e decidem as ações e condução da amamentação, determinadas, em grande parte, pelas limitações da compreensão do comportamento do recém-nascido.

Um bebê que chora muito pode perturbar o relacionamento entre ele e sua mãe e, causar tensão na família. É preciso aconselhar a mãe sobre o choro do seu bebê. É importante, também, informar às mães e familiares sobre a fisiologia da lactação, enfatizando, como já referi anteriormente, que quanto mais o bebê mama, mais leite será produzido, destacando, sobretudo, que o importante é que a criança esteja ganhando peso adequado.

Almeida (1999) ressalta que os parâmetros nutricionais, químicos, físicos, imunológicos, microbiológicos e fisiológicos, comumente utilizados nas discussões que buscam ampliar a compreensão dos significados que permeiam o leite humano, não podem ficar circunscritos aos fenômenos que se estabelecem entre a composição do leite e a fisiologia do bebê. Eles devem transcender a fronteira biológica em direção ao social, para possibilitar a percepção do leite como um híbrido, que combina fato social e fenômeno biológico na perspectiva da ecologia do desenvolvimento humano.

A partir da interpretação que a mãe faz das manifestações de comportamento do recém-nascido, ela avalia o tipo e volume de leite que está sendo produzido, uma vez que este é considerado o fator preponderante para o filho estar bem ou mal alimentado. O leite materno pode assim ser considerado forte ou fraco, de uma quantidade insuficiente ou suficiente a depender de como a mãe interpreta as manifestações de comportamento do recém-nascido como indicadores de fome, a partir do choro (SILVA, 1997).

**Quem mama é grande, gordo, forte, bonito, feliz e saudável porque não fica**

## **doente**

Nesta categoria foi ressaltada a imagem de quem mama, ou seja, a criança. A criança que é amamentada é vista pelas mulheres-avós como crianças felizes, saudáveis, uma vez que não ficam doentes.

O leite materno é uma substância insubstituível, de qualidade inigualável e, por isso, promove o crescimento e desenvolvimento físico e emocional da criança deixando-a saudável e feliz.

Pryor (1981) defende que as crianças amamentadas ao seio são mais saudáveis e felizes.

O leite materno tem centenas de fatores de proteção que proporcionam um crescimento e desenvolvimento satisfatório da criança, porque promovem a saúde ao proteger a criança contra as doenças infecciosas, parasitárias e a desnutrição. A sua composição de nutrientes corresponde exatamente às necessidades da criança para o seu crescimento e desenvolvimento (LANA, 2001), tornando-as crianças saudáveis, fortes, sorridentes e felizes.

*(...) aí achei que fazendo este bebê sorrindo já mostrava o que eu disse que ele tá feliz, não é, saudável, tá feliz (ESMERALDA).*

*(...) nenhum ficou doente (...) (BRILHANTE).*

O mais importante componente do leite materno é o calor humano. O aconchego, o carinho, o afeto e a segurança decorrentes de um agradável contato íntimo com a mãe faz do ato de amamentar um ato inigualável. Para os bebês, a qualidade desses contatos terá influência em sua qualidade de vida, atual e futura e favorecerá o relacionamento com outras pessoas no decorrer de sua vida e a amamentação é um dos fatores que concorrem para a qualidade dessas relações, contribuindo dessa forma para a felicidade.

De acordo com o Ministério da Saúde (1998, p. 13), “(...) crianças mamando no peito tendem a ser mais tranquilas, sendo mais fácil de socializarem-se durante a infância”. É essencial que as mães possibilitem aos seus filhos essa primeira experiência socializadora, que é a amamentação.

Soifer (1980, p. 71) afirma:

O amor do bebê pela sua mãe desabrocha a cada contato terno, a cada palavra meiga, a cada olhar doce, a cada abraço afetuoso, a cada mamada prazerosa. A cada encontro positivo, o vínculo entre o bebê e a mãe aumenta, dando a ele o sentimento de ser aceito, um sentimento de segurança.

Sendo assim, a amamentação deixa o bebê feliz não somente pelo prazer de saciar a sua fome e a sua sede, mas também pelo aconchego e contato que ele tem com a mãe. Se a mãe estiver adorando amamentar, certamente o bebê estará adorando ser amamentado, porque o ‘leite emocional’ é absorvido junto com o “leite físico”. A amamentação prazerosa é nutritiva, tanto física quanto psicologicamente, pois os bebês possuem uma grande sensibilidade para captar sinais de qualidade do afeto dispensado a eles pelos pais.

Lana (2001, p.154), diz:

Na última década, a ciência descobriu muita coisa sobre o papel da emoção em nossa vida. Os pesquisadores verificaram que até mais que um QI (Quociente de Inteligência) alto, um QE (Quociente Emocional), que mede a capacidade de lidar com os sentimentos, alto determina o sucesso e a felicidade da pessoa em todos os setores da vida. A amamentação prazerosa está profundamente ligada ao bom desenvolvimento emocional dos bebês, e disto depende o alto QI e o alto QE.

As mulheres-avós ainda trazem em suas falas o significado atribuído a uma criança que mama como tendo um bom crescimento físico, uma vez que elas retrataram uma imagem dessa criança como grande, forte, gordinha, bonita porque está ganhando bastante peso e cresceu.

Os significados que as mulheres-avós atribuíram a quem mama leite materno foram trazidos de suas vivências com a amamentação e de sua experiência em ter cuidado de seus netos em processo de amamentação, conforme mostram as suas falas.

*Até o oitavo mês, eu dei de mamar para ele, por isso ele é grandão daquele jeito (ESMERALDA).*

*(...) mamou 6 meses exclusivo, ele tem uma saúde! É um touro. (PÉROLA)*

*(...) a menininha tá mamando, ta bonitinha, tá bonitinha mesmo, gordinha (BRILHANTE).*

*(...) a menininha cresceu, tá com saúde (...)* (BRILHANTE).

*(...) o nenê está ganhando bastante peso (...)* (PÉROLA).

Percebemos que a importância da criança ser amamentada é vista pelas mulheres-avós pelos atributos que o leite materno tem sobre a saúde e o crescimento e desenvolvimento da criança.

O aleitamento materno é um ato biológico, histórico, social e cultural. As crenças e os tabus influenciam a sua prática, interferindo na construção de uma herança sociocultural e determinando diferentes significados ao aleitamento materno para a mulher e toda a rede social de apoio. Desconstruir os significados que desestimulam as mulheres a amamentarem e que estão arraigados na nossa cultura é um processo complexo e demorado, porque são significados que hoje não servem, mas que fizeram parte da vida em outros momentos. Torna-se importante, ao abordar as questões que envolvem a prática da amamentação, um resgate de sua história, principalmente, os fatos que abordam as questões culturais.

Os significados da amamentação são construídos no cotidiano familiar, por isto é importante conhecê-los e compreendê-los. Esses significados serão ser ou não compartilhados entre os membros da família, podendo conduzir a uma amamentação prazerosa ou não, pois, se, estes significados não forem compartilhados, surgirão dificuldade no cuidado à família que vivencia o processo de amamentação.

A enfermeira, por estar próxima da família em processo de amamentação, precisa conhecer e compreender os significados da amamentação que ela possui. Precisa saber também que as interações não acontecem somente no cotidiano familiar, mas também em outros cotidianos externos, dos quais a enfermagem faz parte como profissional de saúde, sendo o seu papel o de cuidadora da família, ajudando assim a promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.



*“Não basta conquistar a sabedoria, é preciso usá-la”.*

*Cícero*

*REFLETINDO SOBRE O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO QUE  
SUSTENTOU O PROCESSO DE CUIDAR*

## 7 REFLETINDO SOBRE O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO QUE SUSTENTOU O PROCESSO DE CUIDAR

Neste capítulo, busco refletir sobre o **referencial teórico-metodológico que sustentou o Modelo de Cuidar**. Para uma melhor compreensão do leitor, realizo, inicialmente, a reflexão sobre o **Referencial Teórico**, no qual discuto como os conceitos se mostraram na prática e suas inter-relações. Em seguida, reflito sobre o que foi trabalhar com o **Modelo de Cuidar** e, finalmente, sobre os **aspectos educativos** que permearam o Modelo de Cuidar.

### 7.1 O Referencial Teórico e seus Conceitos

Quando buscamos orientar nossa prática com um olhar sustentado por uma teoria, somos capazes de produzir mudanças em determinadas situações. As teorias fazem-nos olhar e compreender os fenômenos da enfermagem. Segundo Paim et al (1998), os fenômenos mais abordados nas teorias da enfermagem são o ser humano, o ambiente, a saúde/doença e a enfermagem. Eles compõem uma rede de conceitos que se inter-relacionam e formam uma nova maneira de olhar o mundo da enfermagem.

Segundo Carraro (2001), o marco conceitual forma um emaranhado de conceitos inter-relacionados, formalizando uma construção mental logicamente organizada, que fundamenta a ciência e, conseqüentemente, as ações da enfermagem. Portanto, o marco conceitual serve para direcionar as ações da enfermagem.

O Interacionismo Simbólico e seus conceitos, embora não seja uma Teoria da Enfermagem especificamente, atuou como guia para direcionar as minhas ações,

auxiliando-me “a identificar o que era significativo observar, relacionar e planejar, além de me oferecer subsídios para refletir e interpretar o que estava vivenciando” (NITSCHKE, 1994, p. 180).

O Interacionismo Simbólico fundamentou este estudo, apontando a necessidade de conhecer as percepções das mulheres-avós acerca da prática do aleitamento materno, bem como suas crenças e seus valores culturais e, principalmente, o significado que a amamentação tinha para elas. As mulheres-avós agiam com relação ao aleitamento materno com base nos significados que a amamentação tinha para elas, e estes significados surgiram da interação social que elas estabeleceram com outras pessoas, como os filhos, a mãe, o esposo, os netos, os profissionais de saúde, dentre outros, bem como na sua vontade e necessidade de amamentar seus filhos. Porém, alguns significados precisaram ser construídos-desconstruídos-reconstruídos (consumo de alimentos para aumentar produção de leite, uso de chupeta, leite fraco, leite pouco) a partir das interações de negociação através do processo interpretativo usado pelas mulheres-avós ao tratar as questões relacionadas a essa prática.

Diante disto, percebi que a interação foi realmente o ponto chave do Modelo de Cuidar. Interação esta entendida “como as relações existentes entre os seres humanos, podendo estas, serem positivas ou negativas, distinguindo-se, portanto do termo integração que se refere ao ato de completar-se”, como bem afirma Nitschke (1991, p.15).

Neste estudo, as interações foram consideradas em sua maioria harmoniosas, uma vez que as mulheres-avós acreditavam que o leite materno é o melhor alimento para os recém-nascidos. Embora ESMERALDA ainda trouxesse a crença de que é preciso oferecer alimentos para aumentar a quantidade de leite produzido, o que ia de encontro às crenças de sua nora, gerando conflitos entre elas, mesmo assim, o aleitamento materno foi promovido, protegido e apoiado.

Os conceitos utilizados representaram idéias globais, crenças e valores sobre o ser humano, a família e situações como o processo de amamentação que, permeando a prática assistencial deste estudo, possibilitaram várias reflexões.

Trabalhar com o referencial teórico e com conceitos que emergiram da teoria foi um momento único experimentado em minha vida profissional, porque foi uma

ocasião em que pude utilizá-lo e perceber a sua importância para direcionar a prática profissional. Conseguir identificar o ser humano que eu apresentei enquanto conceito do estudo é um dos exemplos que posso citar. Outro exemplo foi trazer para a prática os conceitos de enfermagem e cuidado e trabalhar com eles de modo que o Modelo de Cuidar fosse implementado conforme o conceito apresentado no referencial teórico.

Desenvolver um trabalho fundamentado na Teoria da Interação Simbólica não foi fácil para mim. Foi preciso mergulhar em muitas leituras para melhor entendê-la. No entanto, ela me ajudou a compreender que o cuidado em si já é uma forma de interação e, para que ele fosse implementado, era necessário conhecer o significado que as coisas têm para as pessoas, o que possibilita conhecer um pouco da história do processo de viver delas e poder, assim, compreender suas ações e reações.

Apresento, a seguir, os conceitos utilizados neste estudo, correlacionando-os com o que foi vivenciado na sua aplicação junto às mulheres-avós, puérperas, recém-nascidos e demais familiares.

A INTERAÇÃO SIMBÓLICA foi um processo interpretativo utilizado pelas mulheres-avós, puérperas, recém-nascidos, enfermeira e demais envolvidos no processo de aleitamento materno para comunicar e interagir uns com os outros, a partir do uso de símbolos significantes, que, quando possuíam o mesmo significado para todos se torna mais fácil.

A interação foi o ponto chave para que o processo de amamentação fosse entendido e vivenciado por todos, dependendo, portanto, da forma como as pessoas interagiam umas com as outras, a partir de seus significados. O comportamento de cada mulher-avó, filha, nora, recém-nascido e enfermeira dependia da interação que cada um estabelecia consigo mesmo e entre eles, dependendo da relação e do comportamento que cada um expressava. A interação de ESMERALDA com sua nora começou de forma harmônica na Maternidade, porém, ao chegar no lar, foi permeada por conflitos. ESMERALDA pretendia prestar todos os cuidados a sua neta, de acordo com a sua cultura e seus valores, porém sua nora estava imbuída da necessidade de cuidar de sua filha. ESMERALDA também manteve seus significados com relação à nutrição da nora, quando ofereceu canja de galinha e canjica pensando em ajudar a manter a produção do leite aumentada, até o momento em que sua nora lhe disse que

não queria mais comer a canja e a canjica. Percebi que isso ofendeu ESMERALDA, prejudicando a interação entre elas, uma vez que não estavam mais compartilhando significados e não conseguindo viver em harmonia. BRILHANTE e PÉROLA, por outro lado, conseguiram compartilhar a maioria dos significados com sua filha e nora, facilitando a interação entre elas.

O AMBIENTE SIMBÓLICO pode ser caracterizado por um ambiente que foi mediado pelos símbolos que cada um dos envolvidos no Modelo de Cuidar traziam consigo. Esses símbolos possuíam um significado, provocando uma resposta em relação à prática do aleitamento materno. Para BRILHANTE, o leite materno matou a fome de seus filhos e todos “*creceram e se criaram bem*”, conforme relata a mesma. O fato de seus filhos terem se criado bem com o leite materno provocou uma resposta baseada neste significado, o que a fez construir o significado de que o leite materno promove o crescimento da criança. A partir desse significado, ela estimulava e influenciava sua nora quanto à importância de amamentar sua neta. A aprendizagem dos significados do aleitamento materno para BRILHANTE foi construída com a interação que ela estabeleceu com seus filhos ao amamentá-los e, o ambiente simbólico se mostrou nessa aprendizagem através dessa interação.

Para implementar o Modelo de Cuidar, a enfermeira precisou conhecer como a família estava definindo a situação vivenciada, como, por exemplo, se processou a chegada do recém-nascido que precisava ser cuidado e alimentado. Então, foi necessário conhecer como a família estava interpretando o processo de amamentação, uma vez que a mulher-avó definiu a situação antes de agir. Ao interpretar a necessidade de alimentar o recém-nascido, as mulheres-avós definiram previamente uma situação e optaram por promover, proteger e apoiar o aleitamento materno quando cuidaram de suas noras, filhas e netos.

O conceito de SER HUMANO pode ser ilustrado pelas mulheres-avós como, por exemplo, PÉROLA, um ser singular, histórico, em crescimento e desenvolvimento. Ela tem uma história de vida, busca constantemente o seu desenvolvimento. Faz parte de uma família e de uma sociedade (grupo da igreja e membro da pastoral da criança) com a qual interage. Dentro de sua família, desempenha o papel de mãe e de avó, cuidando dos membros de sua família de forma

única, como o apoio a sua filha para assumir seu novo papel, o de mãe. Percebi que estava vivenciando um novo papel com a chegada do novo neto, apesar de já ser avó. Dizia que, em cada nascimento de um neto, vivenciava um momento único. Estava em constante crescimento e desenvolvimento, quando disse que trocara experiências com a enfermeira que realizava a prática assistencial deste estudo. É um ser histórico, construindo a sua própria história, a de ser mulher, mãe e avó, vivenciando o processo de amamentação e interagindo com a filha e neto quando cuidava destes, a partir dos significados que trazia sobre a amamentação.

Ao olhar para os conceitos de POSIÇÃO e PAPEL, percebo claramente a posição e o papel de cada um dos envolvidos no Processo de Cuidar. PÉROLA encontra-se na posição de esposa, mãe, avó e agente comunitária de saúde. Para cada posição, ela desempenhava um papel específico, ora cuidando da filha e do neto, ora cuidando das mulheres e crianças na comunidade. A filha de PÉROLA assume a posição de mãe, ao mesmo tempo em que é filha, transitando pela contra posição de ser filha de PÉROLA e mãe do recém-nascido. As duas ilustram muito bem o conceito de posição e papel, uma vez que elas assumiam comportamentos que as classificavam numa categoria social. A enfermeira assumiu a posição de profissional de saúde e, portanto desempenhou o papel de cuidadora das mulheres-avós, puérperas, recém-nascidos e demais familiares.

O PROCESSO DE ALEITAMENTO MATERNO foi permeado de cuidado cultural familiar, trazendo significados de proteção, de nutrição, de afeto e de integração. A cultura familiar influencia o processo de amamentação. Foi necessário fazer uma análise nesse processo, na tentativa de identificar condutas impróprias (uso de chupetas, mamadeira, leite artificial) ou próprias (leite materno exclusivo), bem como manejo adequado nas situações de ingurgitamento, dor e traumas mamilares, dentre outros, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e sob o ponto de vista do profissional que promovem, protegem e apóiam o aleitamento materno. As condutas impróprias são aquelas que prejudicam essa prática, sendo incorporadas tanto pelo ser que amamenta (a filha ou nora), como pela mulher-avó ou até pelo neto (mãe posição e pega). ESMERALDA tinha algumas crenças de que a puérpera precisava alimentar-se com a canja e canjica para aumentar a quantidade de leite. Foi discutido

com a mesma acerca da fisiologia da lactação. A nora de BRILHANTE queria oferecer uma chupeta para sua filha, porque a havia ganho de presente. Discutimos, eu a puérpera e a mulher-avó acerca dos prejuízos da chupeta para a amamentação e para o recém-nascido. Esse foi o momento em que a enfermeira teve que interagir, compreendendo as crenças, valores e normas expressos tanto pela mulher-avó, como pela puérpera, compartilhando seu saber científico, com o intuito de encontrar junto com as mulheres-avós e familiares maneiras de construir-desconstruir-reconstruir significados acerca da prática da amamentação, repensando sobre algumas crenças, significados e cuidados.

O conceito de SOCIEDADE fica bem explícito ao percebermos que as mulheres-avós, puérperas, recém-nascidos, enfermeira e demais familiares interagem uns com os outros e suas ações ocorreram em respostas de um e outro. Por outro lado, eles também interagem com outras pessoas do meio social, como os profissionais de saúde, dentre eles o pediatra. Este, por sua vez, influenciou a nora de ESMERALDA, ao prescrever chá para aliviar as cólicas do recém-nascido. Podemos também perceber a influência da sociedade no processo de aleitamento materno quando olhamos para a atitude da nora de BRILHANTE, que pretendia oferecer a chupeta para o recém-nascido porque havia ganho de presente, ou quando a filha de PÉROLA tentou introduzir a chupeta porque acreditava que esta acalmaria o recém-nascido. Todas essas atitudes foram influenciadas pela sociedade, sendo esta um vasto processo de formação, sustentação e transformação de significados, modificando o mundo dos seres humanos. A enfermeira faz parte dessa sociedade que influencia o processo de viver dos indivíduos com vistas à promoção da saúde.

O COTIDIANO foi apresentado pela maneira de viver de cada mulher-avó, puérpera e demais familiares que se mostrou a cada dia, permeado pela cultura em que estavam inseridos. As interações foram experimentadas diariamente por cada um dos envolvidos com a nova fase de vida expressas por cada um deles. Esse cotidiano, rico de sentimentos, vivências e experiências influencia as formas de pensar e agir diante da situação que ora enfrentaram, a de estar recebendo um novo ser no seu processo de viver e ter que cuidar do mesmo. O processo de cuidar pressupõe interação. Ao cuidar, a enfermeira e os familiares interagem entre si e entre eles transformando e sendo

transformados, como diz Tholl (2002, p.41) “interagir é transformar e ser transformado”. O conceito de cotidiano ensinou-me a tentar enxergar a maneira de viver particular e singular de cada um dos envolvidos no processo de aleitamento materno.

Entendi que a riqueza do cotidiano está estampada na singularidade de cada ser humano, expressando-se também na diversidade da maneira de viver de cada um, fazendo-nos experimentar o prazer de cuidar e nos comunicar com o individual, mas, sobretudo, com o coletivo. A enfermeira precisa aproveitar a diversidade de saberes que se mostra no viver das famílias em processo de amamentação e transformá-lo em um cotidiano rico em cuidados a fim de contribuir para o desenvolvimento de cada ser humano envolvido neste processo. Conhecer e vivenciar o cotidiano das famílias ajudou-me a desconstruir e reconstruir os meus significados quanto à influência das mulheres-avós no aleitamento materno, ao perceber que elas possuem um poder de influenciar também de forma positiva suas filhas para iniciarem e manterem o aleitamento materno.

A FAMÍLIA é uma unidade dinâmica. Isto foi retratado em cada momento pelas mulheres-avós, puérperas e demais familiares ao enfrentaram as facilidades, as alegrias e as dificuldades que qualquer situação nova causa num ambiente familiar, construindo uma história de vida. Chamou-me a atenção a questão da união das famílias. Para o GAPEFAM – Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação da Saúde da Família, os membros da família são unidos por laços consangüíneos, de adoção de interesse e/ou afetividade. Este fato foi vivenciado na prática, quando BRILHANTE em um de seus depoimentos, coloca que, se a nora “puxasse” a ela, iria amamentar por um bom tempo sua neta, lembrando-nos que elas estavam unidas por laços de afetividade e não consangüíneos que expressassem essa genética. Cada membro da família possuía crenças, valores e conhecimentos influenciados por sua cultura e seu nível sócio-econômico. Todos os significados foram respeitados (uso de galactogogos), alguns foram construídos (passar o leite materno no mamilo), e outros desconstruídos (uso de chupeta) e reconstruídos, quando considerados impróprios para o sucesso da amamentação.

O conceito de PROCESSO DE VIVER SAUDÁVEL foi bem vivenciado na

prática, porque todos os membros da família buscavam algo em comum, o estar bem, o viver saudável. As mulheres-avós e as puérperas estavam sensíveis aos sentimentos, crenças e valores. Estavam tentando crescer, aprender e evoluir a partir das interações entre elas. Estavam construindo uma história de vida baseada em seus significados acerca da amamentação. Todas as mulheres-avós tinham o mesmo interesse, o de viver de forma saudável, mesmo que, em alguns momentos, houvesse um pouco de conflito, prejudicando o estar bem. A enfermeira exerceu o papel de promotora do ser saudável, ao despertar na família a importância do viver saudável. Exemplo disto foi quando discutiu com ESMERALDA sobre a importância da harmonia entre ela e sua nora.

Ao refletir sobre o conceito da ENFERMAGEM/ENFERMEIRA e do CUIDADO, percebi que este reforçou o papel da enfermagem/enfermeira como uma profissão do cuidado, não se limitando apenas a procedimentos, mas compartilhando saberes, conhecimentos e sentimentos. É um profissional dinâmico, sensível, criativo, flexível que valoriza e respeita as crenças, valores e significados que cada um atribui ao aleitamento materno. O cuidado não foi somente realizado por mim, mas também por enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, quando a puérpera ainda se encontrava na maternidade. Já no domicílio, o cuidado foi realizado por mim às mulheres-avós, puérperas e demais familiares, auxiliando as mulheres-avós a cuidarem das puérperas, das netas e do neto. O cuidado foi um processo dinâmico, flexível, criativo, envolvendo interações humanas. Os seres humanos envolvidos cuidam e são cuidados. Momento marcante foi expresso por PÉROLA, quando relata que havia realizado comigo uma troca de saberes e experiências sobre o aleitamento materno, temática na qual trabalhamos com paixão. Isso me transformou em uma aliada para ajudá-la no cuidado com sua filha. ESMERALDA e BRILHANTE também relataram a importância do cuidado da enfermeira nesta fase de suas vidas. Os cuidados realizados pela enfermeira haviam contribuído para que cuidassem de sua filha e nora, ao mesmo tempo em que se sentiam cuidadas, porque tinha alguém para ouvir suas histórias e tirar as suas dúvidas.

O cuidado mostrou-se quando a enfermeira, ao realizar a visita domiciliar a PÉROLA, encontrou sua filha com traumas mamilares e orientou a mulher-avó e a puérpera quanto aos cuidados necessários, cuidando de ambas. Ou quando realizou a

segunda oficina e possibilitou a troca de experiências entre as mulheres-avós e a enfermeira, ao proporcionar momentos descontraídos, criativos e dinâmicos para discutirem como foi a sua vivência em cuidar de sua filha, nora e netos. Ou mesmo quando ouviu ESMERALDA e sugeriu que tivesse paciência com sua nora. Todos esses momentos foram permeados pelo cuidado, mostrando-nos que o este é essencial ao ser humano e é a essência da enfermagem. A enfermeira conseguiu, através de processos interativos, desenvolver o Modelo de Cuidar junto às mulheres-avós que estavam cuidando de sua filha, noras, netas e neto em processo de amamentação.

O próprio cuidado e a ação de cuidar se constituem em um processo interativo. Ao implementar o Modelo de Cuidar, utilizei os elementos do Cuidado-Cuidar propostos por Madeleine Leininger e revisados por Patrício (1990; 1993).

Dentre os cuidados realizados pela enfermeira e pelas mulheres-avós às puérperas e demais membros familiares destacamos as seguintes interações: dialogar, refletir, trocar idéias, experiências, promover conhecimentos, esclarecer, informar, orientar, reforçar, nutrir, educar, desenvolver potencialidades, confortar, tocar, prevenir, agir para, fazer com, ter sensibilidade, compaixão, consideração, paciência, ser empático, autêntico, sincero, observar, analisar, comparar, expressar, manter (preservar), acomodar e repadronizar modos de cuidar, propor e negociar alguns cuidados, estar aberto à outra pessoa, dispensar atenção, demonstrar interesse, estar dando importância, disponibilidade, ouvir atentamente, preocupar-se com o outro, dedicar-se, gentileza, compreender, calar, valorizar, comparecer, compromisso, respeitar, estimular, não condenar, desenvolver a capacidade de reflexão crítica de crenças, valores e práticas, proteger, promover momentos de alegria e prazer, aceitar expressões de sentimentos negativos, preservar a individualidade e integridade do outro e de si próprio, demonstrar sentimentos de ternura, de aceitação, como acariciar o corpo e o ego do outro através do toque e do reforço de comportamento construtivo, estimulando a valorização de si e do outro, executar medidas de promoção, desenvolver afetividade-compromisso entre pares, considerar características individuais-coletivas de viver o cotidiano, suas interações, suas potencialidades e limitações, valores, crenças, metas, considerar história de vida, demonstrar confiança e ajudar o indivíduo a desenvolver a confiança, esperança, auxiliar o indivíduo na busca

de recurso e a identificar e lutar pelos seus direitos, ajudar o indivíduo a desenvolver suas potencialidades (potencialidades) de liberdade e também de assumir responsabilidade pela sua própria existência e pela existência dos outros, incluindo ser solidário e ter cuidado com a natureza, ajudar o indivíduo a identificar, desenvolver e utilizar recursos individuais, incluindo sua vontade, motivação, de seus familiares, de sua comunidade e sociedade como um todo, em busca de transformação de limitações para bem-viver, ajudar o indivíduo a desenvolver possibilidades de gerir a melancolia e conflitos do cotidiano de maneira ética e estéticas, ajudar o indivíduo a desenvolver possibilidades de participar ativamente, politicamente consciente, nas decisões que envolvem seu processo de viver coletivo, incluindo seu próprio cuidado, desenvolver os cuidados baseados em conhecimentos técnicos e científicos e nas significações e maneiras culturais próprias do indivíduo, família e comunidade.

Vale destacar que alguns elementos foram mais utilizados pela enfermeira, tais como: focalizar recursos presentes no processo de cuidar (as possibilidades dos indivíduos), e aqueles necessários para o bem-viver (qualidade de vida); focalizar recursos que o profissional necessita para prestar os cuidados integrais, incluindo o uso da Constituição Federal, abrangendo o Estatuto da Criança e Adolescente; acrescento, ainda, as normas do Ministério da Saúde referentes aos cuidados com a amamentação.

Alguns elementos foram mais utilizados pelas mulheres-avós tais como: agir para; fazer por fazer com, dispensar atenção, preocupar-se com o outro, disponibilidade, empenhar-se, dedicar-se, fazer favor, gentileza, amar, colocar limites, estar presente, desafiar, aceitar, lutar com, executar ações como, higiene corporal, massagens, relaxamento, aliviar a dor; incentivar esperança, fé, coragem.

Vê-se que o cuidado da enfermagem foi um verdadeiro passeio pela arte e pela ciência. A enfermeira precisou ser criativa e sensível para expressar sua arte de cuidar, ao mesmo tempo em que precisou de um suporte teórico embasado pela Ciência para direcionar o seu saber-fazer.

## 7.2 O que foi trabalhar com o Modelo de Cuidar

Para Elsen e Patrício, apud Nitschke (1994, p. 184) “o marco conceitual se concretiza na prática, através da metodologia”, fato este constatado por mim ao implementar o Processo de Cuidar em Enfermagem.

O Modelo de Cuidar em Enfermagem foi uma atividade intelectual, deliberada, flexível, interativo em que a prática da enfermagem foi implementada de forma sistemática e ordenada, melhorando o cuidado prestado, na medida em que esse cuidado foi baseado em crenças, valores e significados do processo de viver dos envolvidos.

Carraro (2001, p. 25) afirma:

A qualidade da Enfermagem está nas mãos da equipe, na qual o Enfermeiro ocupa espaço de líder e coordenador. A metodologia da Assistência de Enfermagem é a instrumentalização necessária para que o Enfermeiro planeje científica e sistematicamente as ações da Equipe de Enfermagem. Ao ser implementada, a Metodologia da Assistência de Enfermagem oferece respaldo, segurança e direcionamento para o desempenho das atividades, contribui para a credibilidade, competência e visibilidade da Enfermagem e, conseqüentemente, para a autonomia e satisfação pessoal.

O Modelo de Cuidar em Enfermagem permitiu-me perceber o quanto ele é dinâmico, pois suas etapas foram bem inter-relacionadas, tamanha era a sua interligação e complementaridade. Em muitos momentos, foi possível conhecer o significado, propor um cuidado e implementá-lo em curto espaço de tempo, parecendo estar fazendo tudo simultaneamente. Esse fato foi constatado também por Nitschke (1991) quando aplicou o processo de enfermagem às famílias acompanhadas em seu estudo *Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável*.

Não foi uma tarefa fácil respeitar as crenças, os valores e significados trazidos pelas mulheres-avós, principalmente no momento em que os cuidados estavam sendo propostos e implementados. Não impor o meu saber profissional diante das situações

surgidas não foi uma atitude simples, sendo que, por vários momentos, tive que respeitar a cultura popular, como, por exemplo, o de ESMERALDA, que acreditava que o consumo de alguns alimentos aumenta a produção do leite. Ou no momento em que respeitei a decisão da nora de ESMERALDA quanto à utilização da chupeta.

Porém, o Modelo de Cuidar em Enfermagem desenvolvido por mim procurou integrar conhecimentos e significados trazidos pelas mulheres-avós e, somente a partir destes, poder implementar cuidados que não fossem somente os advindos do meu saber profissional, mas também compartilhar conhecimentos do saber popular de maneira que, ao cuidar, eu pudesse realizá-lo com melhor qualidade.

Para melhor compreensão do que foi implementar o Modelo de Cuidar em Enfermagem, senti necessidade de abordar a análise e reflexão de cada fase separadamente.

#### a) Conhecendo o cotidiano e as interações

A interação inicial, estabelecida nessa etapa, foi de extrema importância para direcionar o todo do processo. Porém, a cada encontro, o **Conhecendo o Cotidiano e as Interações** se repetiam, porque essa etapa esteve presente durante toda a implementação do Processo de Cuidar em Enfermagem. Esse momento se mostrou indispensável para dar início à interação entre os sujeitos envolvidos no Processo de Cuidar (enfermeira, mulheres-avós, puérperas, recém-nascidos e demais familiares).

A interação entre os sujeitos do estudo foi sendo fortalecida a cada encontro. Após a apresentação inicial, momento em que eu os conhecia e os deixava me conhecer, procedeu-se à apresentação da proposta do estudo de forma mais detalhada. À medida que nos conhecíamos, eu me utilizava de observações e conversas informais a fim de conhecer a história da família, a vivência, a experiência das mulheres-avós e das puérperas com a prática da amamentação, o que serviu de guia para dar continuidade às etapas posteriores.

Na unidade de internação, confesso ter me sentido um pouco fora de contexto, uma vez que estava em um ambiente no qual eu não era conhecida, sentia-me como que uma intrusa em ambiente alheio, mesmo tendo sido bem recebida pela equipe. Porém, este sentimento logo foi se dissipando, à medida que eu ia mantendo contato

com a equipe de enfermagem e com as puérperas, as mulheres-avós e seus familiares. Conforme eu ia conhecendo as equipes dos diversos turnos, a interação se procedia de forma gradativa, tanto enfermeiros quanto auxiliares já sinalizavam quando encontravam alguma mulher-avó acompanhando uma puérpera, o que contribuiu para identificação das mulheres-avós.

Com as mulheres-avós, puérperas e demais familiares, a interação se procedia de maneira cada vez mais harmoniosa, o que facilitava o conhecimento da realidade. A interação inicial com PÉROLA foi permeada por desconfiança por parte da mesma. Ela relatou que, no início, pensou em não participar do estudo, porque vinha percebendo que os profissionais envolvidos nesse tipo de atividade não davam nada em troca, porém, à medida que iam me conhecendo, percebia que eu iria contribuir no cuidado com sua filha e neto.

Nessa etapa, também era realizado o exame físico da puérpera e do recém-nascido. Era realizada observação das mamadas, a fim de identificar dificuldades na posição e pega e no momento que eu encontrava alguma dificuldade fornecia a orientação à puérpera e mulher-avó.

O roteiro da entrevista semi-estruturada e da observação direcionada às questões referentes ao aleitamento materno, além de servir de guia para o conhecimento da realidade, também contribuía para o aprofundamento das interações.

As dinâmicas criativas e sensíveis também facilitaram o processo de interação, o que, conseqüentemente, facilitava o conhecimento do cotidiano dos sujeitos do estudo.

#### b) Definindo a situação do cotidiano e do cuidado

Os aspectos que emergiram na etapa anterior serviram como guia para refletir sobre os significados que a amamentação tinha para as mulheres-avós e, assim, fazer uma avaliação prévia de como seria o cuidado que cada uma delas dispensariam a sua filha, noras e neta e netos. Nesse momento, foi possível perceber que alguns **significados poderiam ser construídos, e outros desconstruídos e reconstruídos.**

A **partir dos significados** e de como as mulheres-avós vivenciaram a prática do aleitamento materno foi possível **identificar as necessidades de cuidados,**

**reconhecer o risco para o desmame precoce e os fatores que poderiam influenciar o processo de amamentação**, sendo possível, ainda, **identificar maneiras de ajudar as mulheres-avós a cuidarem de filha, noras, netas e neto em processo de amamentação**.

Os significados sobre a amamentação, a vivência e a experiência das mulheres-avós com a prática do aleitamento materno foram pontos importantes para perceber que elas iriam contribuir para a promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno. O risco para o desmame foi identificado mais nas ações das puérperas, quando a nora de BRILHANTE, a filha de PÉROLA e a nora de ESMERALDA introduziram o uso da chupeta, sem o apoio das mulheres-avós ou quando a nora de ESMERALDA estava utilizando o chá para alívio das cólicas do recém-nascido.

Mesmo assim, as maneiras de cuidar foram discutidas tanto com as puérperas quanto com as mulheres-avós.

#### c) Propondo e realizando o cuidado

Na etapa **Propondo e Realizando o Cuidado**, percebi que os cuidados se concretizavam após as discussões acerca dos significados da amamentação para as mulheres-avós, constituindo-se numa construção-desconstrução-reconstrução desses significados, para, em seguida, implementar o cuidado proposto. Mesmo assim, enfrentamos momentos em que o cuidado proposto não foi seguido, não sendo possível uma negociação, como, por exemplo, no momento em que a nora de ESMERALDA preferiu continuar oferecendo chá para melhorar as cólicas do seu bebê e continuar oferecendo a chupeta.

Foi através de um diálogo, ou seja, da interação com as mulheres-avós sobre as questões levantadas, trazendo seus significados, e sobre como elas vivenciaram a prática do aleitamento materno, bem como sobre o que eu, enquanto profissional de saúde, compreendia sobre aleitamento materno, é que propusemos e realizamos os cuidados.

Encontrei dificuldades, primeiro, em ter que discutir com as mulheres-avós sobre os cuidados necessários e, por várias vezes, eu me vi propondo cuidados que eu não havia discutido previamente com elas. Isso acontecia porque, até então, eu estava

acostumada a propor - impor os cuidados sem antes discutir com os envolvidos na situação. Tinha consciência disto e passei a me policiar para não impor os cuidados que eu, unilateralmente, achava necessários, mas sim propor aqueles cuidados que eram realmente compartilhados.

Dentre os cuidados propostos, destaco:

- cuidados com as mulheres-avós: ouvir, orientar, esclarecer, tirar dúvidas, trocar experiências, promover espaços de discussão sobre a amamentação;

- cuidados com as puérperas: discutir sobre o manejo da lactação, ouvir, ajudar, dar um conselho prático, realizar ordenha, dentre outros;

- cuidados com o recém-nascido: ajudar no posicionamento do bebê ao seio.

A educação em saúde sobre a prática do aleitamento materno mostrou-se uma valiosa estratégia no cuidado às mulheres-avós, puérperas e demais familiares, destacando-se aspectos como: a necessidade de apoio que a mulher-nutriz precisa, os mitos e tabus que permeiam a amamentação, as vantagens do aleitamento materno, as técnicas de amamentação, os direitos da nutriz, os cuidados com as mamas, a ordenha mamaria, os prejuízos na utilização de mamadeiras, bicos, chupetas e leite industrializados.

#### d) Repensando sobre o cuidado e o cotidiano

Ao refletir sobre o **Repensando o Cuidado e o Cotidiano**, foi possível perceber que alguns cuidados propostos contemplaram as necessidades das mulheres-avós e suas famílias. Como exemplo, cito PÉROLA e BRILHANTE que conseguiram prestar cuidados a sua filha e nora, a partir dos cuidados propostos e discutidos durante a prática. Alguns cuidados, como o uso da chupeta, porém, não foram acolhidos pela nora de ESMERALDA, uma vez que, na segunda visita domiciliar, o bebê continuava a usar a chupeta.

Era interessante perceber como essa etapa reforçava e articulava as demais. No **conhecendo o cotidiano e as interações**, fez-se necessário repensar sobre o mesmo, o que levava à segunda etapa do Modelo de Cuidar, **definindo a situação do cotidiano e do cuidado**. Não era possível passar para a etapa seguinte sem primeiro repensar sobre ela e, assim, poder **propor e realizar o cuidado**. Quando o cuidado era proposto

e realizado, mais uma vez fazia-se necessário repensar sobre ele, ao mesmo tempo em que repensávamos sobre o Processo de Cuidar como um todo.

O Modelo de Cuidar em Enfermagem foi capaz de nortear e sistematizar toda a prática da enfermeira. Acredito que ele pode ser utilizado no cotidiano de enfermeiras que vivenciam o cuidado à família em processo de amamentação e que precisam cuidar da mulher-avó, para que ela seja uma aliada na promoção, proteção e no apoio ao aleitamento materno.

Sob meu olhar, o Modelo de Cuidar pode ser implementado tanto na área hospitalar quanto ambulatorial, seja nas unidades de alojamento conjunto ou nas unidades básicas de saúde, bem como no domicílio, de acordo com a realidade vivenciada por cada um.

#### 7.2.1 As estratégias para desenvolver o Modelo de Cuidar em Enfermagem

As estratégias utilizadas para desenvolver o Modelo de Cuidar em Enfermagem deram vida ao mesmo, pois foram realizadas de forma dinâmica, tanto para a enfermeira como para as mulheres-avós e demais familiares. O primeiro encontro, um Encontro Individual com alguns membros da família e com a mulher-avó, possibilitou uma maior aproximação, acontecendo de forma diferente e peculiar com cada um deles.

No primeiro Encontro Individual com as mulheres-avós, as mesmas, ao manusearem a massa de modelar, demonstravam tranquilidade, serenidade, às vezes esboçavam um sorriso, mas mantinham-se concentradas durante toda a realização da modelagem. Ao assistir esses momentos, ousou inferir e relatar sobre o que aquelas expressões faciais me estimularam a pensar. Acredito que as mulheres-avós expressaram sentimentos de felicidade e nostalgia quando manuseavam a massa de modelar e tentavam expressar o significado da amamentação para elas. Em alguns momentos elas sorriam, como que lembrando fatos passados, demonstrando claramente que estavam emocionadas com a atividade que desenvolviam. Sinto não ter confirmado as minhas impressões com as mesmas.

Conforme iam relatando seus significados, suas vivências e suas experiências,

eu, além de gravar suas falas, também anotava alguns pontos que me chamavam a atenção para, em seguida, discutir com as mesmas aqueles que eu acreditava que iriam interferir no cuidado das mulheres-avós às mulheres nutrizas, sendo este um momento importante para construção-desconstrução-reconstrução de significados e cuidados importantes e necessários para o processo de amamentação. Foi uma forma de cuidar e confrontar o que elas haviam vivenciado com o encontrado na literatura, ao mesmo tempo em que utilizava uma outra forma de cuidado bastante sensível, o de ouvir. Este foi um momento rico e de muita sensibilidade, fazendo-se necessário respeitar os significados, crenças e valores que as mulheres-avós traziam, sendo estes imprescindíveis para propor, implementar e avaliar o cuidado necessário.

A dinâmica criativa e sensível, utilizando massa de modelar, possibilitou desenvolver a criatividade, a sensibilidade, a espontaneidade e a arte das mulheres-avós, o que as ajudou a expressar o significado da amamentação para elas, sendo isto demonstrado pela facilidade de relataram tal significado pela linguagem verbal. Tholl (2002, p. 48) considera que esse processo é “capaz de fazer a combinação entre a ciência e a arte, espontaneidade e introspecção, criatividade e sensibilidade, realidade concreta e expressão criativa”.

No Encontro em Grupo, a oficina proporcionou momentos prazerosos de crescimento individual e coletivo, à medida que favorecia a troca de experiências e a construção-desconstrução-reconstrução de significados, conhecimentos e cuidados. A forma lúdica de trabalhar o Modelo de Cuidar despertou nas mulheres-avós uma viagem no tempo à sua própria história, quando buscavam em sua memória como haviam vivenciado a prática do aleitamento materno em passado remoto (quando falavam de sua própria experiência) e em outro recente (quando falavam da experiência em estar cuidado de sua filha e nora). Esses também foram momentos de descontração, de criatividade, de sensibilidade, revelando um verdadeiro mundo de símbolos e significados, ao mesmo tempo em que refletíamos sobre as nossas ações, os nossos conceitos, tabus, crenças e valores, permitindo, dessa forma, que encontrássemos uma maneira de cuidar que promovesse o aleitamento materno no cotidiano da família que vivencia a chegada de um novo ser.

A oficina, além de ter possibilitado a interação entre os participantes,

reproduziu um despertar de emoções, “por ser um método sensível e criativo”, de acordo com Cabral (1998, p.178), permitindo também que as mulheres-avós trocassem experiências através da espontaneidade, da arte, da criatividade e da sensibilidade da realidade vivenciada pelas mesmas, realidade essa permeada também por facilidades e dificuldades. As mulheres-avós se sentiram valorizadas ao serem ouvidas, ao mostrarem sua obra de arte, ao descobrirem que tinham conhecimentos e que estes poderiam ser mostrados e trocados. Essa foi uma forma de cuidar que se mostrou bem efetiva.

Durante a realização dessa oficina, o Modelo de Cuidar foi permeado por diversos cuidados que fizeram desse momento algo muito especial para mim e para as mulheres-avós, sendo que transitaram desde o ouvir, o trocar experiências, a empatia, o tocar, o sensibilizar-se, o sensibilizar o outro até o nutrir, quando compartilhamos o ouvir música, ouvir o outro, o se colocar no lugar do outro, o abraçar, o perceber que não estamos sozinhos e que, em muitos momentos, enfrentamos muitas dificuldades, sendo que estas, quando compartilhadas, são mais fáceis de serem solucionadas.

Quanto às **visitas domiciliares**, estas foram imprescindíveis para o Modelo de Cuidar. Foi um verdadeiro mergulho no cotidiano das famílias. Foi estar perto de cada um no seu habitat, em seu nicho ecológico, local onde os seres humanos mostram muito de sua essência, sentindo-se mais seguros por estarem em um território delimitado por eles. A visita domiciliar é um potencial para auxiliar qualquer profissional que deseja desenvolver um cuidado com as famílias. As mulheres-avós mostravam sentir-se mais abertas para encontrar formas de se cuidarem e cuidarem de seus membros. Parecia ser uma verdadeira satisfação para elas me receber, como afirma BRILHANTE, ao relatar que não imaginava que eu fosse no seu domicílio, “*um local tão pobre*”. A satisfação desta Pedra Preciosa com a minha visita domiciliar facilitou a interação entre eu e os demais membros da família, sendo possível desenvolver o Modelo de Cuidar. As outras mulheres-avós também demonstraram estarem satisfeitas com esta estratégia.

O Modelo de Cuidar foi mais uma vez implementado, servindo dessa forma para continuar a reflexão, discussão e a construção-desconstrução-reconstrução dos significados e cuidados que se faziam necessários junto com as mulheres-avós e sua

família. Nesses encontros, a família interagiu de forma mais atuante, na medida em que participava das discussões sobre os cuidados pertinentes e necessários à puérpera e ao recém-nascido. Também era discutida e avaliada a importância da participação de cada um dos membros da família no processo que envolve o nascimento de um novo ser, bem como a importância dos cuidados a serem dispensados ao binômio mãe-filho.

Conforme Nitschke (1991), trabalhar com as famílias no domicílio, leva-nos a revisar nossa postura profissional, porque, nesse momento, precisamos ser mais democráticos, afinal, antes de qualquer coisa, precisamos ser aceitos pela família. É o território da família, onde as regras são ditadas por eles e não por nós, como é feito no hospital. São momentos em que precisamos agir com cautela e bom senso, para não nos colocarmos contra as suas crenças, seus valores e modo de vida. É necessário aprender a discutir, compartilhar e negociar os cuidados.

A autora afirma ainda que, nos domicílios, a enfermeira mostra-se mais como um ser humano, uma vez que se encontra menos formal e mais próxima da família, porém não perde sua característica de profissional. Estar nos domicílios é um momento em que entramos no seu mundo, compartilhamos seu cotidiano, conseguimos ver sua dinamicidade, sendo possível compreender melhor os seus significados.

Ao sair do ambiente hospitalar, vivenciando uma situação diferente do seu cotidiano, as famílias podem se sentir inseguras e ansiosas por estarem longe dos profissionais de saúde, principalmente se enfrentarem problemas que dificultem o processo de viver saudável.

A presença da enfermeira nos domicílios possibilitou a diminuição da ansiedade na medida em que trocavam experiência e ela ajudava as mulheres-avós a cuidarem de sua filha, noras e netos. PÉROLA confessou que, no início, ela criou uma certa resistência em participar do estudo, porque achava que os profissionais de saúde que trabalham com pesquisa, muitas vezes, somente sugam e não oferecem nada em troca, porém ao refletir sobre o quanto uma profissional como eu poderia ajudá-la a resolver algum problema, caso surgisse, ela dissipou esse pensamento e comprovou que a ajuda que recebeu foi muito proveitosa neste momento vivido por ela.

Enfrentei dificuldades no domicílio de ESMERALDA porque, ao cuidar da

mulher-avó, para que ela cuidasse de sua nora, vivenciando conflitos entre elas, tive que lidar com a situação de forma bem cautelosa, para não gerar mais conflitos e, assim, prejudicar a interação entre elas.

Cervený e Berthoud (2002, p. 142) relatam:

Outra forma de exercer a função parental é sendo sogra. O cônjuge do filho pode tanto aproximar-se da família, sentindo-se parte dela, como afastar-se, correndo o risco de levar consigo o filho. Assim, é bastante importante a convivência da sogra com seus genros e noras, seus contra-parentes e também pais de seus netos. Na ausência da intimidade gerada pela convivência e pela familiaridade dos laços sanguíneos, as sogras convivem com genros e noras, buscando parcimônia e equilíbrio, para que o contato permaneça sempre possível e filhos e netos não se distanciem. Sendo diplomata, a sogra mantém uma distância segura que lhe permite envolvimento sem intromissão.

O conflito entre ESMERALDA e sua nora poderia levá-la a se afastar de sua família, gerando mágoa, desapontamento, raiva, sentimento de culpa e fracasso, prejudicando o relacionamento harmonioso da família. Nesse momento, fez-se necessário ser cautelosa, como já referi, e promover cuidados que ajudassem a melhorar a convivência entre elas.

Senti-me importante nos três domicílios. Consegui interagir com as mulheres-avós, as puérperas e demais familiares de forma simples, profissional e humana, facilitando, desse modo, a implementação do Modelo de Cuidar.

### **7.3 Aspectos educativos no Modelo de Cuidar**

Conforme já destaquei nesta proposta, a enfermagem esteve representada pela enfermeira que, através do processo de interação, exerceu cuidado junto à mulher-avó no intuito de ajudá-la a cuidar da puérpera, seja sua filha ou nora em processo de aleitamento materno. A enfermeira, através do cuidado científico, precisa promover o

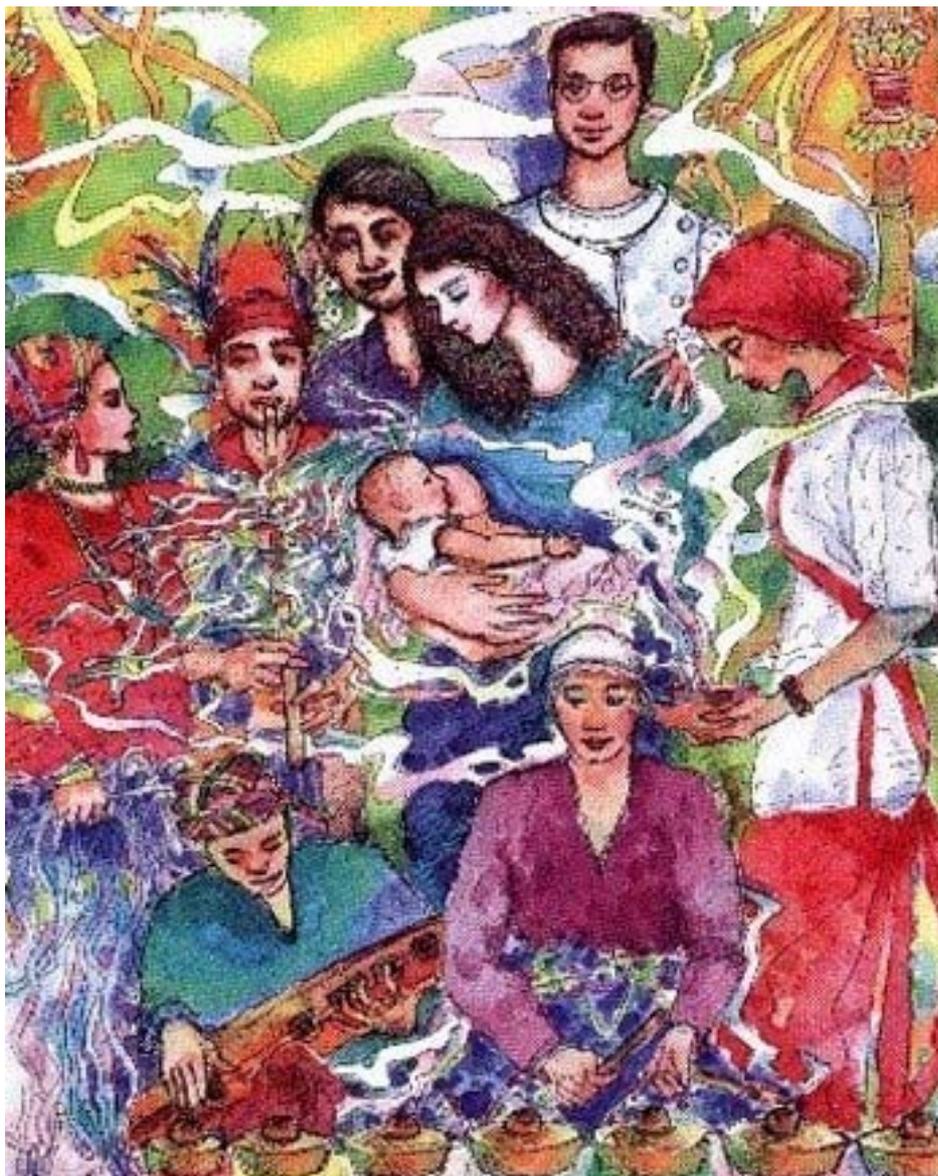
equilíbrio do ser humano consigo mesmo e com os outros, auxiliar no desenvolvimento de suas potencialidades, instigando a capacidade de agir e decidir.

Desse modo, ao focar a dimensão educativa deste processo de cuidar, considerei que **se buscou uma abordagem educativa construtivista**, visto que, como profissional de saúde, precisei saber ouvir, compreender, apoiar, trocar experiências, educar e interagir com o ser humano, pois este ocupa uma posição mediadora entre o saber popular e o saber científico. A enfermeira que atua na interação busca, de forma participativa, a ação-reflexão conjunta com a mulher-avó e outros membros de sua família para que possam juntos efetuar mudanças, quando necessário. É uma profissional que possui conhecimentos e habilidades próprias para atuar no processo de aleitamento materno.

Haguette (1992) afirma ainda que a realidade existe somente na experiência humana e ela só aparece sob a forma de como os seres humanos vêem este mundo, ou seja, são os aspectos objetivos e subjetivos observáveis que compõem a realidade concreta, evidenciando a semelhança da concepção de Paulo Freire e o Interacionismo Simbólico, especialmente na concretização de seu método de educação-conscientização.

Segundo Coelho (2003), Freire se preocupou com o analfabetismo, buscando junto às massas oprimidas uma educação libertadora, através do poder de criação e da consciência crítica. Acredito que o enfermeiro pode usar esta perspectiva, refletindo e tentando compreender a realidade vivida pelos familiares que vivenciam o processo de amamentação, com intuito de desenvolver neles a consciência do poder, ou melhor, potência que os mesmo possuem para transformar situações de vida, buscando viver de forma saudável, como afirma Nitschke (1999), inspirada em Maffesoli.

Então, faz-se necessário que a interação entre a enfermeira, mulheres-avós e demais familiares se faça de forma horizontal, na qual todos ensinam e aprendem a partir da realidade vivenciada, de forma dialógica e verdadeira. Entretanto, nem sempre é possível manter esta horizontalidade. Este fato é constatado por ESMERALDA que, ao cuidar de sua nora, impunha-lhe cuidados que não a estavam agradando, como, por exemplo, ingerir canjica e canja para aumentar a produção do leite.



*“Ninguém está tão errado como aquele que sabe todas as respostas”.*

*Chuang Tzu*

*ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PARA FINALIZAR ESTE MOMENTO*

## **8 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PARA FINALIZAR ESTE MOMENTO**

A vivência aqui relatada é fruto de uma inquietação pessoal vivenciada por mim ao longo de minha trajetória enquanto profissional de saúde e concretizada na disciplina de Projetos Assistenciais de Enfermagem e de Saúde, desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Considero como um processo dinâmico que foi construído a partir de minha interação com cada mulher-avó, puérpera, recém-nascido e demais familiares, ressaltando que essa interação aconteceu de forma mais significativa com as mulheres-avós.

É interessante destacar o quanto a enfermeira foi importante nesse processo de viver das famílias que vivenciam a chegada de um novo ser no seu cotidiano, na medida em que este acompanhar não foi estático e fechado, exceto nas questões voltadas para o aleitamento materno, mas também com outros cuidados com as puérperas, os recém-nascidos, as mulheres-avós e demais familiares.

Cada mulher-avó desempenhou seu papel, dependendo do seu contexto histórico e de sua vivência e experiência com a prática do aleitamento materno, cuidando de forma prazerosa e com o conhecimento que possuía atrelado à sua experiência de vida, utilizando-se também dos novos conhecimentos que adquiriu com a enfermeira ao ser implementado o Modelo de Cuidar.

Apesar do estudo ter sido desenvolvido com três mulheres-avós, puérperas, recém-nascidos e demais familiares, não lhe tirou o brilho, uma vez que este número foi suficiente para implementar o Modelo de Cuidar e alcançar os objetivos propostos, lembrando também o que refere Minayo (2004), quando destaca que em um estudo qualitativo não importa o número dos sujeitos, mas a profundidade com que este é realizado.

Foi extremamente importante trabalhar com a Teoria da Interação Simbólica e

seus conceitos. Essa Teoria revelou a importância de se trabalhar com os significados do aleitamento materno das mulheres-avós a fim de se compreender as interações com as noras, filha, netas e neto, possibilitando, assim, trabalhar com a realidade das mulheres-avós que vivenciam a chegada de um novo ser em seu cotidiano, o qual precisa de cuidados.

Apesar do estudo estar centrado na figura das mulheres-avós, as puérperas, recém-nascidos e demais familiares também integraram este estudo, porém de forma mais tímida. Sem eles, eu jamais teria conseguido implementar o Modelo de Cuidar. Acredito que inserir a família neste contexto possibilitou uma interação maior entre seus membros, o que se traduz em um apoio à mulher nutriz e, conseqüentemente, numa promoção, proteção e num apoio ao aleitamento materno.

A participação do companheiro da puérpera foi bem restrita. Encontrei o esposo da nora de BRILHANTE apenas uma vez na unidade de Alojamento Conjunto, e, nas visitas domiciliares, ele não esteve presente: ora estava dormindo, porque havia trabalhado durante a noite, ora estava ausente do domicílio. O esposo da nora de ESMERALDA foi encontrado apenas uma vez no Alojamento Conjunto; já no domicílio não o encontrei, uma vez que estava trabalhando nos horários em que eu realizava a visita domiciliar. O esposo da filha de PÉROLA foi o mais participativo, uma vez que foi ele quem sugeriu que eu realizasse o estudo com sua família, até perguntando o porquê de eu não realizar um estudo com os pais. No domicílio, eu também o encontrei apenas uma vez, porque o mesmo ainda estava residindo em outra cidade. Porém, tanto PÉROLA quanto sua filha relataram que o mesmo havia incentivado e apoiado o aleitamento materno.

Acredito que as atividades do homem fora do lar o distanciam do processo de amamentação. Também entendo que os papéis atribuídos aos homens os fazem ficar alheios a esse momento, o que nos convida a refletir sobre a necessidade de envolvê-los no processo de amamentação. Penso que eu poderia ter buscado inserir mais efetivamente o companheiro das puérperas nos cuidados.

Ficou claro que as mulheres-avós são as que mais apóiam suas filhas e noras nos cuidados com o novo ser, o recém-nascido, destacando-se aqueles com a amamentação.

Mergulhar no mundo das famílias foi tarefa importante. Não podemos ficar restritos ao âmbito hospitalar, mas experimentar outros locais onde seja possível perceber a realidade cotidiana, sendo que os domicílios mostram-se local indicado para realização desse mergulho, considerado-se devidamente os aspectos éticos que permeiam a visita domiciliar.

Nitschke (1999) ressalta a importância de se considerar as questões éticas da visita domiciliar no que se refere à possibilidade de invasão e controle pelos profissionais de saúde sobre as famílias em sua moradia, traduzido pela mesma como o público em relação ao privado. Destaca, ainda, que trabalhar com a família em seu meio permite melhor compreendê-la nos seus significados e na sua singular e complexa harmonia conflitual.

Trabalhar com a família em seu domicílio foi um verdadeiro compartilhar de experiências, de conhecimentos, de respeito, levando-se em consideração seu contexto histórico, social, cultural, econômico e educativo.

Foi possível cuidar das mulheres-avós, puérperas, recém-nascidos e demais familiares no seu contexto social, sendo o domicílio um local onde demos continuidade aos cuidados iniciados no ambiente hospitalar. A interação ocorreu de forma significativa na medida em que eu interagía com os envolvidos no Processo de Cuidar, seja cuidando ou reforçando cuidados, seja esclarecendo dúvidas ou identificando situações de riscos.

Através da interação na unidade de alojamento conjunto e nas visitas domiciliares, pude discutir, refletir, construir-desconstruir-reconstruir vários significados junto às mulheres-avós e sua família, o que possibilitou a resolução dos problemas que surgiram durante o processo de amamentação. Vale salientar que a participação da família nesse momento foi extremamente importante para que esse processo fosse vivido pela nutriz de forma prazerosa.

Segundo Romano (1994, p. 62), “a família é um sistema intercomunicante em que o comportamento de um indivíduo só pode ser entendido a partir do contexto de todo sistema o grupal. Seus membros estão constantemente interagindo, adaptando-se (...)”. Teixeira e Silva (2006), corroboram com esse pensamento ao destacar que mais do que preconizar o aleitamento materno é, sobretudo, necessário buscar considerar os

aspectos das relações familiares, sociais, culturais, educacionais e de informações que permeiam o ambiente de forma sistêmica e envolver o profissional de saúde enquanto sujeito de cuidados, uma vez que é preciso, antes de entendermos as partes, a mulher-avó e a nutriz, olhar o todo - o contexto familiar e os fatores relacionais que circundam as experiências e as vivências da família. Assim, a partir do conhecimento adquirido, tendo em vista o contexto, é preciso ter subsídios ou ferramentas para, enquanto profissionais de saúde, promover juntamente com a avó e outros familiares, o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês.

Acredito que ter vivenciado o cuidado das mulheres-avós às noras, filha, netas e neto, tanto no ambiente hospitalar como no ambiente domiciliar, foi importante, uma vez que visualizei a interação delas com a puérpera e demais familiares onde encontramos juntos maneiras de cuidar e interagir de modo que o aleitamento materno fosse promovido, protegido e apoiado.

O Modelo de Cuidar desenvolvido é viável por ser dinâmico, com suas fases, sempre se interligando e se completando, direcionando o cuidar às mulheres-avós que, por sua vez, estavam cuidando da filha, noras, netas e neto em processo de amamentação.

Penso que o nosso cuidado precisa ser colocado na perspectiva da família e não apenas das mulheres-avós. Apesar do aleitamento materno estar sendo vivenciado pelas nutrízes e recém-nascidos, ele pode ser experienciado por todos os que desejam e podem contribuir para ajudar e apoiar a mulher que amamenta.

Considero ter atingido todos os objetivos propostos, ao realizar este estudo, uma vez que **foi possível construir um cotidiano de cuidado junto com mulheres-avós e seus familiares para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, partindo da compreensão dos significados do mesmo para elas, através de uma metodologia de cuidado fundamentada na Teoria da Interação Simbólica.**

As **dificuldades**? Sim, elas existiram, afinal fazem parte do processo de viver e do cotidiano vivido dos seres humanos. Porém, elas serviram apenas para o meu crescimento pessoal e profissional e acredito que, quando compartilhadas, podem facilitar o caminhar dos profissionais que trabalham com a temática do aleitamento materno.

A primeira dificuldade a ser relatada diz respeito à minha pouca vivência em trabalhar com o cuidado fundamentado em um marco conceitual interacionista, perspectiva esta, até então, desconhecida por mim. Entretanto, não fugi ao desafio de melhor compreendê-la e assim fundamentar o meu estudo.

A segunda dificuldade diz respeito ao desenvolvimento e à implementação de uma Metodologia de Cuidado que, até então, eu apenas tinha visualizado na teoria, sendo que trazê-la para a prática foi um grande desafio. Os cuidados propostos e implementados por mim não eram sistematizados e organizados como os propostos e desenvolvidos neste estudo.

A terceira dificuldade foi conseguir utilizar um processo de comunicação que não induzisse as respostas das mulheres-avós, bem como manter uma postura de não impor os cuidados, mas de propor e realizá-los em conjunto com elas. No entanto, essa postura ainda esteve presente em alguns momentos de minha interação com os sujeitos do estudo, mesmo eu tentando não deixá-la se sobrepor, o que serviu de alerta para os próximos estudos.

A quarta dificuldade foi desenvolver o estudo em local que não é muito conhecido por mim. Esse local caracteriza-se pela cultura um pouco diferenciada da que eu convivia até então e com pessoas com quem eu não tinha aproximação. As interações com os profissionais de saúde da unidade de alojamento conjunto, apesar de começarem a ser estabelecidas antes de minha entrada no campo, ainda pareciam distantes, uma vez que o tempo que permaneci na unidade não foi suficiente para criar laços mais fortalecidos. As interações com os sujeitos do estudo e seus familiares mais bem estabelecidas na medida em que nós nos encontrávamos, fortalecendo, assim, os laços e facilitando o processo de interação.

Não sei se posso caracterizar como uma dificuldade, mas o fato de não ter encontrado no estudo uma mulher-avó que desestimulasse a prática do aleitamento materno, me fez refletir sobre a aplicabilidade da Metodologia de Cuidado proposta por mim neste estudo. Será que o Modelo de Cuidar contempla esta situação? Ouso dizer que sim, porque suas etapas nos garantem cuidar de mulheres-avós que vivenciam o cuidado a filha, noras e neto em processo de amamentação, independente de sua postura frente às questões referentes ao aleitamento materno, uma vez que o

Modelo de Cuidar possui etapas que proporcionam o conhecimento do cotidiano e das interações, a definição da situação do cotidiano e do cuidado, a proposição e a realização de cuidados, bem como o repensar sobre o cuidado e o cotidiano.

Quanto às **facilidades** do estudo, ousou dizer que, sem dúvida alguma, foi o fato de cuidar das mulheres-avós e de seus familiares em processo de amamentação. Tanto o tema quanto a população do estudo fazem parte do meu cotidiano profissional, e cuidar deles me fez sentir realizada, porque, além de eu estar cuidando, estava desenvolvendo um cuidado organizado, sistematizado, dinâmico, flexível, respeitando os aspectos biológicos, culturais, sociais e econômicos que permeiam a prática da amamentação e, principalmente em poder contribuir para a promoção, proteção e ao apoio ao aleitamento materno no cotidiano das famílias.

No caminho percorrido, também pude construir-desconstruir-reconstruir os meus significados, especialmente o de acreditar que as mulheres-avós somente interferiam no processo de amamentação de forma a promover o desmame precoce, conceito que eu concebi a partir do contexto social em que eu convivia. Ao me deparar com outra realidade, pude então perceber que as mulheres-avós interferem no processo de amamentação também de forma a estimular, promover, proteger e apoiar essa prática.

Entretanto, percebi que elas precisam ser cuidadas não só para desenvolver de forma eficiente o cuidado às filhas, noras e netos, mas também porque são seres que demandam cuidados, passando também por crises em seu desenvolvimento, nas definições, modificações, reflexões e desempenho de papéis. Desse modo, foi possível compreender que a enfermeira pode ser uma profissional significativa para ajudá-las a realizar esse cuidado.

Nitschke (1999) nos reporta a Hartman, ao discutir os papéis da enfermagem junto às famílias na pós-modernidade, quando nos traz que, na tomada de decisão, a enfermeira deixa de ser juiz para ser colaboradora; no papel de mestre aprendiz, enfatiza a necessidade do estar aberto; no papel de escultor da realidade, o reconstruir e modificar a realidade deve estar presente; no papel de mediador e agente de mudanças, é preciso mudar, construir-desconstruir-reconstruir não somente significados, mas também maneiras de cuidar; o enfermeiro precisa discutir as

questões de cidadania ao desempenhar o papel de ativista político e, acima de tudo, trabalhar com afinco o papel auto-reflexivo.

Aponto que esses papéis estiveram presentes em vários momentos durante a realização deste estudo, uma vez que histórias foram construídas, significados foram construídos-desconstruídos-reconstruídos a partir das interações que se estabeleceram, não apenas com os sujeitos do estudo, mas também com a própria enfermeira.

A experiência mostrou-me especialmente que as mulheres-avós são verdadeiras **PEDRAS PRECIOSAS** neste processo que envolve o nascimento de um novo ser em seu viver, uma vez que já vivenciaram e experienciaram a prática da amamentação, possuindo significados sobre aleitamento materno que, ao longo da história, foram sendo construídos-desconstruídos-reconstruídos, à medida que elas interagem com suas mães, seus filhos e agora com seus netos, sendo, portanto, detentoras de muitos conhecimentos que podem contribuir para a implementação dos cuidados necessários à família em processo de amamentação.

A construção de um cotidiano de cuidado junto às mulheres-avós e seus familiares para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno mostra-nos a importância de cuidar das mesmas, ao envolvê-las não somente nos cuidados a suas filhas, noras e netos, mas, sobretudo, de abrir um espaço para que possam discutir as questões que permeiam a prática do aleitamento materno, mesmo sabendo que elas não mais amamentarão.

Teixeira et al (2004) propõem um repensar, um compartilhar, negociando culturas, mundos imaginais e bacias semânticas. Resgatando a idéia de Madaleine Leininger, é preciso envolver, nesse **não amamentar e ter que amamentar**, a negociação de cultura do cuidado popular e do cuidado profissional, sem imposições. É preciso lembrar que é preciso relativizar, é preciso mergulhar nessas diferentes culturas, nesses diversos mundos e distintas bacias, possibilitando ressignificações, sem imposições, autoritarismos ou paternalismos.

É preciso, sim, trocar, negociar e repensar a cultura **do não amamentar e ter que amamentar**, lembrando seus riscos, vindos de uma ditadura expressa por outras culturas que se entrelaçam, não esquecendo **do querer, poder amamentar**, trazidos por Araújo (1997), e questionado por Pereira (1999), quando pergunta se o amamentar

é sina ou prazer. Enfim, é **preciso sair da lógica da cultura do ter que, do dever ser, para a lógica e a cultura do ser preciso, afinal** esta brota das necessidades e desejos de cada ser! (TEIXEIRA et al 2004).

Acredito que este estudo trará contribuições para o viver profissional de pessoas que trabalham ou desejam trabalhar com as mulheres-avós que vivenciam a chegada de um novo ser em seu processo de viver e que precisam cuidar destes e de suas filhas e noras, ao estarem vivenciando o papel de cuidadora de seus familiares, promovendo, protegendo e apoiando a prática do aleitamento materno.

Para as enfermeiras da prática assistencial, docentes, alunos de Graduação e Pós-Graduação, reforço que a importância da implementação de uma Metodologia do Cuidado, baseada em um marco conceitual fundamentado na Teoria da Interação, Simbólica direciona o saber fazer prático, ao valorizar os significados que o aleitamento materno têm para as mulheres-avós, pois estes direcionam suas ações ao cuidarem de suas filhas, noras e netos em processo de amamentação que surgiram da interação social que elas estabeleceram com seus filhos, mães e outras pessoas. Esses significados ainda podem ser modificados através de um processo interpretativo usado pelas mulheres-avós ao se depararem cuidando de suas filhas, noras e netos. É preciso, acima de tudo, respeitar seus valores, suas crenças e o cotidiano vivenciado pela mesma.

É preciso também envolver a família nos cuidados à mulher-nutriz e ao seu filho em processo de amamentação e o domicílio é um local que precisa ser melhor explorado, principalmente pelos profissionais que atuam nos Programas de Saúde da Família. O nascimento é um momento em que a família carece de cuidados e apoio, sendo mais um momento propício para a enfermeira implementar medidas de promoção à saúde. O aleitamento materno é um dos meios de fornecer não somente a promoção da saúde, mas, sobretudo de proteger a saúde de crianças, mulheres, famílias e sociedades, não esquecendo a contribuição que o aleitamento materno traz na preservação dos recursos naturais e conservação do planeta, ao ser visto como um ato ecológico.

Novos conhecimentos surgiram e espero que eles possam ser aplicados no Ensino, na Pesquisa, Extensão e Prática dos profissionais que trabalham com a

temática aqui estudada, ficando evidente que este não é um conhecimento acabado, é apenas fruto de uma trajetória que está-se iniciando.



*“A Biblioteca é o templo do saber, e este tem libertado  
mais pessoas que todas as guerras da história”.*

*Carl Rowan*

**REFERÊNCIAS**

## REFERÊNCIAS

- ABÁS, H. A. M. et al. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturais y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. **Anales Españoles de Pediatría**. 2001; 54:297-302.
- ALBUQUERQUE, R. M. A. Aleitamento Materno: um ato Ecológico In: REGO, J. D. (org.). **Aleitamento Materno**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 120p.
- ALMEIDA J.A.G. NOVAC F. R. Amamentação: um híbrido entre natureza-cultura. **J Pediatr (Rio de J)**. 2004;80(5supl): S119-S125.
- ALTHOFF, C. R. **Convivendo em família**: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar. Florianópolis: [s.n.], 2001. 200 p. - (Teses em enfermagem).
- ALMROTH, S; MOHALE, M; LATHAM, M. C. Unnecessary water supplementation for babies: grandmothers blame clinics. **Acta Paediatr** 2000; 89:1408-13.
- AKRÉ, J. **Alimentação infantil**: bases fisiológicas. São Paulo: Instituto de Saúde, 1997.
- AMEZCUA, M; TORO, A.G. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. **Rev Esp Salud Pública** 2002; 76: 423-436.
- ANDRADE, I. G. M, TADDEI, J. A. A. C. Determinantes socioeconômicos culturais e familiares do desmame precoce numa comunidade de natal, Brasil. **Rev Paul Pediatría** 2002; 20:8-18.
- ARAUJO, M. de F. M. de. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: CARVALHO, M. R. e TAMAZ, N. R. **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- ARAÚJO, LDS. **Querer/poder amamentar**: uma conquista de representação? Londrina: Editora UEL; 1997.
- AROSKAR, M. A. The interface of ethics and politics in Nursing. **Nursing outlook** 35(6), 1987.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução de Waltesin Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370 p.

- BALSAN, J. A. et al. Incentivando o Aleitamento Materno. In: SANTANA, M. da G; THOFERHN, M. B. (org.). **(Re) Significando a teoria e a prática de enfermagem**. Pelotas: Ed. Universidade/UFPel, 2001.
- BARREIRA, M. C; MACHADO, M. de F. A. S. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. *Rev. Acta Sacientiarum. Health Sciences*. Maringá, v. 26, n. 1, 11-20, 2004.
- BARTHOLMEY, S. J. Breastfeeding and complementary commercially prepared weaning food. *Lancet*. 344(8932): 1305, Nov 5, 1994.
- BEMFAN. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro: UNICEF, 1997.
- BERTOLDO, I. E. B. **Uma trajetória com mulheres puérperas: do alojamento conjunto ao domicílio, vivenciando o modelo de cuidado de Carraro**. 2003, 103 f. (Dissertação de Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina.
- BETTINELLI, L. A. **Cuidado solidário**. 1998. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.
- BIELMANN, V. L. M. **O ser com câncer: uma experiência em família**. 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997. 134f.
- BLUMER, H. **Symbolic Interactionism: perspective and method**. Berkeley: University of California Press, 1969. 208 p.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- BOUSSO, R. S; ANGELO, M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. In: **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n.2. 172-9, jun, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Promoção do Aleitamento Materno**. Texto básico para apoio ao ensino do aleitamento materno nas escolas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil/MS**. Secretária de Políticas de Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília, 1991.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**. v.4, n.2, p. 15-25. Suplemento. 1996.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretárias de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no distrito Federal**, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRYANT, C. A. The impact of kin, friend and neighbor networks on infant feeding practices. *Soc Sci Med* 1982; 16:1757-611.

CABRAL, I. E. O método criativo e sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M et al. **Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan, 1998. 302p. p.177-206.

CARVALHAES, M. A. de B. L; CORRÊA, C. R. H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante a aplicação de protocolo. *J Pediatr (Rio J)* 2003; 79(1): 13-20

CAPONI, S. et al. Projetos de apoio à convivência familiar e comunitária: um compromisso ético da universidade. In: **III Conferência Ibero-Americana sobre família**, São Leopoldo, UNISINOS, 1995, 24 p.

CARRARO, T. E. **Desafio Secular – Mortes Maternas por Infecções Puerperais**. Pelotas: Universitária, 1999.

\_\_\_\_\_. Sobre teorias e marcos conceitual: sua influência na metodologia da assistência. In: WESTPHALEN, Mary E. A. e CARRARO, Telma Elisa (org). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001.

CARTER, B; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARVALHO, M. R. de. Manejo ampliado da amamentação. In: CARVALHO, M. R; TAMAZ, N. R. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CENTA, M. L. **Do natural ao artificial: a trajetória do casal infértil em busca do filho desejado**. 1998. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998. 185f.

CERVENY, C. M. de O; BERTHOUD, C. M. E. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

CERVENY, C. M. de O; BERTHOUD, C. M. E. e colaboradores. **Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

CLARK, C. **O livro do aleitamento materno**. 2. ed. São Paulo: Mamole, 1984.

COSTA M. da CO, FIGUEREDO E. M, SILVA S.B. Aleitamento materno: causas de desmame e justificativa para amamentar. *J Pediatr (Rio J)*; 69(3):176-8, 1993.

COELHO, M. S. **Educação em saúde: visualizando o autocuidado e a prevenção da complicação do “pé diabético”**. 2003. 42p. (Projeto de Prática assistencial) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: da prática de mulheres de virtude aos cuidados de**

enfermagem. 2ª edição. Lisboa: Lidel, 1999.

CRUZ NETO, O. “O trabalho de campo como descoberta e criação”. In: **Teoria, Método e Criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: DESLANDES, S. F; CRUZ NETO, O; GOMES, R; MINAYO, M. C. (Organizadora). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21 edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

ELSEN, I. **Concepts of health illness and related behaviors among families living in a Brasil fishing village**. 1984. 282f. Tese ( Doctor of Nursing Science) – University of California, San Francisco.

ELSEN, I. et al. **Um marco conceitual para trabalhos com famílias**. Florianópolis: GAPEFAM/UFSC, 1992. 9f. Mimeografado.

ELSEN, I; NITSCHKE, R. G. Pós-graduação, pesquisa e ética: um tema acima de qualquer questionamento? **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n.2, jul./dez. 1994.

ERDTMANN, B. K. Pelos Caminhos do Saber, Sentir e Fazer Uma Enfermagem Domiciliar em Correspondência. In: ERDTMANN, B. K; KOERICH, M. S. (org,.) **Cuidar e Pesquisar na Enfermagem: relatos de experiências**. Florianópolis: Papa-Livro, 2004. 260p.

FALCETO, O. G; WALDEMAR, O. C. O ciclo de vida da família. In: EIZIRIK, C. L; KAPCZINSKI, F; BASSOLS, A. M. S. (org). **O ciclo de vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artemed Editora, 2001.

FREYRE, G. **Casa grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime da família patriarcal**. Rio de Janeiro: Olímpio, 1978.

FROTA, D. A. L; MARCOPITO, L. F. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. **Rev. Saúde Pública** 2004; 38(1): 85-92.

GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação exclusiva e sua promoção. In: CARVALHO, M. R; TAMAZ, N. R. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GIUGLIANI E. R. J; VICTORIA G.G. Alimentação complementar. **J Pediatr (Rio J)**; 76(supl 3): S253-62, 2000.

GIUGLIANI E. R. J. Amamentação: como e porque promover. **J. Pediatri. (Rio J)**. 1994; 70(3) 138-151.

GIUGLIANI E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **J. Pediatri. (Rio J)**. 2000; 76(3) S238-252.

GIUGLIANI E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **J. Pediatri. (Rio J)**. 2004; 80(5) S147-154.

GIUGLIANI et al. Risk factors for early termination of breast feeding in Porto Alegre, Brasil.

**Acta Pediatr Scand** 1992;81:484-7.

GOMES, G. C; FILHO, W. D. L. A família na unidade de pediatria: uma unidade que se cuida, uma unidade a ser cuidada. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n.2, p.28-38, maio/agosto, 2000.

GONÇALVES, L. H. T; NEVES, E. P. As questões do Marco Teórico nas pesquisas de enfermagem. In: **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, 3, Florianópolis. (Anais) Florianópolis: UFSC, 1984 p. 210-229.

GONÇALVES, M. B. et al. Prevalência do aleitamento materno entre crianças nascidas no Hospital Universitário de Maringá no período de 1999-2000, Maringá, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 25, n. 1, p. 115-124, 2003.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**, 6 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1992. 224 p.

HAMES, M. de L. C. **Amamentação: conflito e harmonia no espaço interativo enfermeira, puérpera e sua família**. 2001. 141p. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ICHISATO, S. M. T; SHIMO, A. K. K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Rev. Latinoam Enf**. Ribeirão Preto, v. 9, n.5, p. 70-6, set./out. 2001

ICHISATO, Sueli M. T; SHIMO, A. K. K. Revistando o desmame precoce através de recortes da história. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.10, n.4. Ribeirão Preto. July/aug. 2002. SCIELO.

KING, F. S. **Como ajudar as mães a amamentar**. Londrina: UEL; 1991.

LANA, A. P. B. **O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica-comportamental da amamentação**. São Paulo. Atheneu, 2001. 423 p.

LEININGER, M. E. A researcha method with enablers to study the theory of culture care: LEININGER, M. E. A (Ed.) **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.

LEOPARDI, M. T. Fundamentos gerais da produção científica. In: LEOPARDI, M. T; BECK, C. L. C; NIETSCHE, E. A; GONZALES, R. M. B. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2 ed. ver. E atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LIMA, W. C. Ética e Moral, Ética e Liberdade, Ética e Responsabilidade, Princípios de Bioética. **I Seminário de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**. Florianópolis, UDESC-ESAG, 19 e 20 de agosto de 2004, p.17-23.

LITTLEJOHN, S. W. **fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro : Zahar, 1982. Cap. 3. p. 65-87.

MARTÍ, M et al. Mujeres y lactancia: entendiendo sus vivencias y analizando la actuación del sistema sanitario. **Aten Primária**. 15 Mayo, 1996 . Volumen 17 – Número 8 p. 501-506.

MACAULAY, A. C, HANUSAIK, N, BEAUVAIS, J. E. Breastfeeding in the Mohawk community of Kahnawake: revisited and redefined. **Can J Public Health** 1989; 80:177-81. [Mediline]

MARCON, S. S. **Criar os filhos: experiências de famílias de três gerações**. 1998. 283 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

MARTINS FILHO, J. Evolução do Aleitamento materno no Brasil. In: REGO, J. D. **Aleitamento Materno**. São Paulo: Atheneu, 2000.

MARTINS, FILHO, J. **Como e porque amamentar**. 2 edição. São Paulo: Sarvier, 1997.

MARTINS, C. R. **A imaginação e sentidos no cuidado de enfermagem**. 1999. 171p. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

McLORG, P. A, BRYANT C. A. influence of social network members and health care professionals on infant feeding practices of economically disadvantaged mothers. **Med Anthropol** 1989; 10:265-78. [Medline].

MEAD, G. H. **Espiritu, persona y sociedad: desde el punto de vista del conductismo social**. Buenos Aires: Editora Paidós, 1972.

MÉNDEZ, I. G; ROMERO, B. P. Lactancia Materna. **Rev Cubana Enfermer** 2002; 18(1): 15-22.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO, 1994.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO, 2000.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F; CRUZ NETO, O; GOMES, R; MINAYO, M. C. (Organizadora). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21 edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **O aleitamento materno e o município**. Brasília: PNIA/INAN; 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1º Prêmio Bibi Vogel: promoção, proteção e apoio à amamentação. Disponível em: [http://www.aleitamento.com/a\\_artigos.asp?id=1&id\\_artigo=1089&id\\_subcategoria=1](http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=1&id_artigo=1089&id_subcategoria=1). Acessado em 12/01/2006.

MONTICELLI, M. **O nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado a mulheres e recém-nascidos**. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

MOURA, E. F. A. Duração do período de aleitamento materno de crianças atendidas em ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria**. vol. 73, n.2, 1997.

MORSE, J.M. “Emerger de los datos”: los procesos cognitivos del análisis en investigación cualitativa. In: Morse, J.M. **Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa**. Medellín: Universidad de Antioquia, 2003.

NITSCHKE, R. G. **Nascer em família**: uma proposta de enfermagem para a interação familiar saudável. 1991. 313p. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

\_\_\_\_\_. O confronto com a realidade: avaliação de um marco conceitual na prática de enfermagem junto à família. In: ELSEN, I. et al (org). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.

\_\_\_\_\_. **Uma viagem pelo mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos**: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem ao cotidiano em tempos pós-modernos. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL; Florianópolis: UFSC, 1999.

NOBREGA, J. F. de. A importância nutricional do leite materno. In: REGO, José Dias (org) **Aleitamento Materno**. São Paulo: Atheneu, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNICEF). **Manual Técnico. Manejo e promoção do aleitamento materno num Hospital Amigo da Criança – curso de 18 horas para equipes de maternidade**. Genebra: OMS/UNICEF; 1993.

OLIVEIRA, M. I. de. **10 Passos para Centros/Postos/Unidades de Saúde da Família**. Disponível em [www.aleitamento.com/a\\_artigos.asp?id=1&id\\_artigo=441&id\\_subcategoria=2](http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=1&id_artigo=441&id_subcategoria=2) 2004. Acessado em 17/7/05.

OLIVEIRA, M. I. C de; GOMES, M. A. As unidades básicas amigas da amamentação: uma nova tática no apoio ao aleitamento materno. In: REGO, José Dias (org) **Aleitamento Materno**. São Paulo: Atheneu, 2000.

OSIS et al. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. **Rev. Saúde Pública** vol. 38 n. 2 São Paulo Apr. 2004 – [SCIELO].

PAMPLONA, V. Aspectos psicológicos na lactação. In: CARVALHO, Marcus Renato e TAMAZ, N. Raquel. **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PATRÍCIO, Z. M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida, solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis: UFSC, 1990. 302p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

PAIM, L. et al. **Conceitos e visões teóricas**. Florianópolis: REPENSUL/ESPENSUL, 1998.

PEDRAS PRECIOSAS. In Pedras Preciosas. <http://www.escolabellarte.com.br/pedras/Diamante.htm>. Acessado em 15/04/2005).

PEREIRA, C dos S. **Amamentação: desejo ou sina? Ensinando e aprendendo com as mulheres.** [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 1999.

POLI, L. M. C. **O processo de aleitamento materno na perspectiva do cuidado cultural de enfermagem.** Curitiba, 2000. 193p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina/Universidade Federal do Paraná.

POLI, L. M. C. Perfil do aleitamento materno – Londrina/PR. **Anais do V Encontro Nacional de Aleitamento Materno.** Londrina, 1997.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliações e utilização.** 5 ed. Porto alegre: Artmed, 2004.

PRYOR, K. W. A arte de amamentar. São Paulo: Sumus, 1981.

PRIMO, C. C; CAETANO, L. C. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. **Jornal de Pediatria** – vol.75, n.6, 1999.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PEN. Caderno de Orientações discentes. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2004.

RAMOS C.V, ALMEIDA J.A.G. Alegações para o desmame: um estudo qualitativo. **J Pediatr (Rio J)** 2003; 79(5):385-390.

REA, M. F; CUKIER, R. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. **Rev. Saúde Publ** São Paulo; 22(3):184-191, 1988.

REA, M. F. A amamentação e o uso do leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria. **J Pediatr (Rio J)**; 74(3): 171-3, 1998.

\_\_\_\_\_. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Rev. Saúde Pública** vol. 24, n.3. São Paulo June 1990.

RIBEIRO, I. M. **A enfermagem assistindo a família maltratante através da interação.** 1990, 294 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

RENCK, L. I. **A interação como foco da assistência de enfermagem à família da criança com queimadura.** Projeto de qualificação de mestrado. Florianópolis, 2003

ROMANO, B.W. **A prática da Psicologia nos hospitais.** São Paulo: Pioneira, 1994.

RUSCHEL, A. E; CASTRO, O. P. de. A intergeracionalidade na dinâmica das relações de poder familiar. In: CASTRO, O. P. de (org.). **Velhice, que idade é essa?:** uma construção psicossocial do envelhecimento. Porto Alegre: Síntese, 1998.

SANTANA, J. A. T. **Representações das Enfermeiras frente ao aleitamento materno.** Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, área de concentração em Enfermagem Saúde Pública. Convênio UNIRIO/UESB, 1997.

SANTOS, E. K. A. Aleitamento Materno. In: SCHMITZ, E. M. **A Enfermagem em Pediatria e Pericultura**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SANTOS, S. M. A. dos. **Idosos família e cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas, SP: editora Alínea, 2003.

SANTOS, M. M. dos; RODRIGUES, M. R. V. A importância do aleitamento Materno na visão das mães. **Rev. Enfermagem Brasil** 2003; 2(4): 212-218.

SANTOS, V. P. **Refletindo sobre o cuidado de puérpera a seus recém-nascidos**. 2002, 69 p. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

SHORT, R. **Amamentação, fertilidade e crescimento populacional**. Disponível em <http://aleitamento.org.br/docum1.htm> Acesso em 25/09/2005

SIMONS, D. A. Alimentos Complementares ao Desmame: quais, quando e como Introduzi-los? In: REGO, J. D. (org.). **Aleitamento Materno**. São Paulo/Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Atheneu, 2000.

SILVA, L. de F. et al. Família e Redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: SILVA, Y. F; FRANCO, M. C. (org.). **Saúde e Doença**: uma abordagem cultural da Enfermagem. Florianópolis: Papa-Livro, 1996.

SILVA, D. M. da. **Limites e possibilidade no cotidiano das enfermeiras para mudança da sistematização do cuidado**: uma abordagem cultural num ambiente hospitalar. 2002. 202p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina), Florianópolis.

SILVA, L. C. da. Encontros de Cuidado como Possibilidade Metodológica. In: In: ERDTMANN, B. K; KOERICH, M. S. (org.) **Cuidar e Pesquisar na Enfermagem**: relatos de experiências. Florianópolis: Papa-Livro, 2004. 260p.

SILVA, A. M. **Amamentação**: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira. Ribeirão Preto, 1999. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

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

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Trad. Por Ilka Valle de Carvalho. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1986.

SUSIN, L. R. O; GIUGLIANI, E. R. J; KUMMER, S. C. Influências das avós na prática do aleitamento materno. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. v.39 n.2, abr. 2005.

TAMAZ, R. N. Atuação de enfermagem. In: CARVALHO, M. R; TAMAZ, N. R. **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TEIXEIRA, M. A; SILVA, L. W. S. Influência das avós no desmame precoce: olhando a família. **Rev Mineira de Enfermagem**, 2006 (artigo no prelo).

TEIXEIRA, M. A. et al. Refletindo sobre o Imaginário das avós sobre a prática do aleitamento materno. **Anais do XII Ciclo de Estudos sobre o Imaginário** (Congresso Internacional). Recife/PE, 2004.

TERUYA, K; COUTINHO, S. B. Sobrevivência Infantil e aleitamento materno In: REGO, José Dias. **Aleitamento Materno**. São Paulo: Atheneu, 2000.

THOMPSON, Z. Estudo da prática do aleitamento materno em um grupo populacional. Londrina/Pr. **J. Ped.** v. 45, n. 6, p. 379-385, 1978.

THOLL, A. D. **Os bastidores do cotidiano**: as interações entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde. 2002. 137p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 1999.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990.

VENÂNCIO, R. B. In: PRIORI, M. D. (org). História das mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto, 1997. p. 189-222.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

\_\_\_\_\_. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WHALEY, L. F; WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The optimal duration of exclusive breastfeeding**: systematic review. Geneva: WHO; 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNICEF. **Breastfeeding counseling**: a training course. Geneva: World Health Organization, 1993.

WRIGHT, L. M; LEAHE, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002. 327 p.

XIMENES, S. **Minidicionário Edioro da Língua portuguesa**. 2 ed. São Paulo: Edioro, 2000.



*Não é a força, mas a perseverança que realiza grandes coisas.*

*Samuel Johnson*

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Marizete Argolo Teixeira e estou desenvolvendo um Projeto de Prática Assistencial, Intitulado: Meu neto precisa mamar! E agora? Desenvolvendo um processo de cuidar junto às avós que promova o aleitamento materno no cotidiano das famílias que vivenciam o nascimento de um novo ser fundamentado no Interacionismo Simbólico. O objetivo é desenvolver um processo de cuidar junto às avós para que as mesmas contribuam para promoção, proteção e apoio a amamentação no cotidiano familiar que vivencia o nascimento de um novo ser no seu processo de viver. Esta prática é necessária porque ajudará as avós promover, proteger e apoiar o aleitamento materno ao cuidarem de sua filha, nora e neto em processo de amamentação. Serão realizadas oficinas no alojamento conjunto e visitas domiciliares. Você poderá desistir de participar da prática a qualquer momento.

Solicitamos ainda, a vossa autorização para o uso de seus dados para produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome.

Agradecemos a vossa participação e colaboração.

Mestranda: Marizete Argolo Teixeira  
Orientadora: Dra. Rosane G. Nitschke

Qualquer esclarecimento procurar a mestranda Marizete Argolo Teixeira, COREN: 60.750.  
Endereço: UFSC, Centro de Ciência da Saúde, Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis/SC. Telefone: (48) 331-9399.

#### Termo de Consentimento

Declaro que fui informada sobre todos os procedimentos da prática e, recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos.

Declaro que fui informada também que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Florianópolis, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

### CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

Eu, \_\_\_\_\_ permito que a mestranda Marizete Argolo Teixeira obtenha fotografia e gravação em fita cassete de minha pessoa para fins científicos.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicadas em aulas, congressos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias e gravações ficarão sob a responsabilidade da Mestranda Marizete Argolo Teixeira, e sob a guarda da mesma.

Nome por extenso: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Mestranda: Marizete Argolo Teixeira

Orientadora: Dra. Rosane G. Nitschke

Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

Considerando-se a deliberação anterior do Colegiado da PEN de 13/08/1997 e o constante no Ofício Circular n. 040/PEN/97;

O Colegiado da PEN definiu que o aluno, **EM ACORDO COM O SEU ORIENTADOR**, poderá apresentar uma das **TRÊS POSSIBILIDADES DE TRABALHO**, abaixo descritas, para apreciação da BANCA DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO:

I) Um projeto de pesquisa novo, vinculado ou não a sua prática assistencial;

II) O relatório da prática assistencial, acrescentando uma proposta/plano/projeto que explicita O QUE ELE PRETENDE APROFUNDAR para confecção da DISSERTAÇÃO e COMO PRETENDE FAZÊ-LO;

III) O Relatório da Prática Assistencial, explicitando que o mesmo está sendo considerado como PROPOSTA de texto da Dissertação de Mestrado, acompanhado de uma justificativa fundamentada desta solicitação.

Essa resolução entra em vigor na data de sua publicação e fica revogado o disposto no Ofício Circular n.º 040/PEN/97.

Orientações Aos Professores Sobre Exame De Qualificação E De Sustentação De Mestrado

1) O professor deverá ler, no Regimento da PEN, o Título V – DOS TRABALHOS TERMINAIS, capítulo 1, artigos 70 a 74.

2) Nas bancas de Qualificação e Sustentação de Mestrado, deve ser incluído um aluno do Doutorado em Enfermagem como “membro extra em formação”. Esse aluno não assina a ata e seu nome não é incluído na folha de rosto do trabalho terminal.

3) Nas bancas de Sustentação de Mestrado, é **recomendável** a inclusão de membro externo, integrante do quadro das IFES ou de outras instituições próximas geograficamente da UFSC (região Sul).

4) O **exame de qualificação** é uma sessão fechada (a secretaria coloca à disposição uma sala pequena). Poderá ser uma sessão aberta à critério do professor e do aluno que, neste caso, fazem os convites que desejarem. É facultativa a apresentação oral do traba-

## ANEXO 2



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFSC

### DECLARAÇÃO

A Comissão de Ética da Enfermagem do HU/UFSC, declara que o Relatório de Prática Assistencial, intitulado "**Meu neto precisa mamar? E agora?**" de autoria da aluna Marizete Argolo Teixeira, não contém nada que infrinja o Código de Ética ou as Leis do Exercício da profissão de Enfermagem.

Florianópolis, 11 de outubro de 2004.

  
Tania Soares Rebello  
Coord. Com. Ética de Enfermagem UFSC  
COREN/SC 20856/DE/HU/UFSC



**ANEXO 4**



Considerando-se a deliberação anterior do Colegiado da PEN de 13/08/1997 e o constante no Ofício Circular n. 040/PEN/97;

O Colegiado da PEN definiu que o aluno, **EM ACORDO COM O SEU ORIENTADOR**, poderá apresentar uma das **TRÊS POSSIBILIDADES DE TRABALHO**, abaixo descritas, para apreciação da BANCA DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO:

I) Um projeto de pesquisa novo, vinculado ou não a sua prática assistencial;

II) O relatório da prática assistencial, acrescentando uma proposta/plano/projeto que explicita O QUE ELE PRETENDE APROFUNDAR para confecção da DISSERTAÇÃO e COMO PRETENDE FAZÊ-LO;

III) O Relatório da Prática Assistencial, explicitando que o mesmo está sendo considerado como PROPOSTA de texto da Dissertação de Mestrado, acompanhado de uma justificativa fundamentada desta solicitação.

Essa resolução entra em vigor na data de sua publicação e fica revogado o disposto no Ofício Circular n.º 040/PEN/97.

Orientações Aos Professores Sobre Exame De Qualificação E De Sustentação De Mestrado

1) O professor deverá ler, no Regimento da PEN, o Título V – DOS TRABALHOS TERMINAIS, capítulo 1, artigos 70 a 74.

2) Nas bancas de Qualificação e Sustentação de Mestrado, deve ser incluído um aluno do Doutorado em Enfermagem como “membro extra em formação”. Esse aluno não assina a ata e seu nome não é incluído na folha de rosto do trabalho terminal.

3) Nas bancas de Sustentação de Mestrado, é **recomendável** a inclusão de membro externo, integrante do quadro das IFES ou de outras instituições próximas geograficamente da UFSC (região Sul).

4) O **exame de qualificação** é uma sessão fechada (a secretaria coloca à disposição uma sala pequena). Poderá ser uma sessão aberta à critério do professor e do aluno que, neste caso, fazem os convites que desejarem. É facultativa a apresentação oral do traba-