

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

ELIANA WIGGERS

**ALEITAMENTO MATERNO:
EDUCAÇÃO LIBERTADORA COM GRUPOS DE PUÉRPERAS E
ACOMPANHANTES NO ALOJAMENTO CONJUNTO**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

**Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina**

W656a Wiggers, Eliana

Aleitamento materno [dissertação] : educação libertadora com grupos de puérperas e acompanhantes no alojamento conjunto / Eliana Wiggers ; orientadora, Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos. - Florianópolis, SC, 2010. 274 p.: il., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Aleitamento materno. 3. Educação em saúde. 4. Alojamento conjunto. I. Santos, Evanguelia Kotzias Atherino dos. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

ELIANA WIGGERS

**ALEITAMENTO MATERNO:
EDUCAÇÃO LIBERTADORA COM GRUPOS DE PUÉRPERAS E
ACOMPANHANTES NO ALOJAMENTO CONJUNTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem na Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Evangelia Kotzias
Atherino dos Santos.

Linha de pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem.

**FLORIANÓPOLIS
2010**

ELIANA WIGGERS

**ALEITAMENTO MATERNO: EDUCAÇÃO LIBERATADORA
COM GRUPOS DE PUÉRPERAS E ACOMPANHANTES NO
ALOJAMENTO CONJUNTO**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 23 de fevereiro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

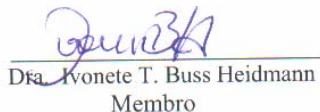
Banca Examinadora:



Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Presidente



Dra. Maria de Fátima M. Zampieri
Membro



Dra. Ivonete T. Buss Heidmann
Membro

A aquela que sempre presente
em meu existir, me fortaleceu e
me fortalece com seu exemplo
de determinação, força e
humildade e com seu
incondicional amor.
Minha mãe Paula (*in
memorian*).

AGRADECIMENTOS

À minha família, ao meu filho Bruno e sua família Ana e Laura, pela alegria de existirem em minha vida e permitirem que com eles, também praticasse educação em aleitamento materno. Ao Lucas e à Marina, filhos queridos, por me acompanharem diariamente nesta caminhada, pelo apoio e disposição em ajudar quando necessitei. Em especial ao meu marido Norberto, companheiro de todos os dias e todas as horas, pelo seu estímulo, ajuda e exemplo de constante busca do conhecimento e luta pela educação.

À minha querida orientadora Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, obrigado por me acompanhar na construção deste trabalho, por todo o carinho, incentivo e entendimento. Mais uma vez nossos caminhos se cruzaram em prol do aleitamento materno, e este, foi para mim, um encontro especial.

À banca examinadora deste estudo, qualificação e sustentação, professoras Dra. Marisa Monticelli, Dra. Ivonete T. S. B. Heidemann, Dra. M^a de Fátima M. Zampieri, Dda. Vitória R. P. Gregório e Dra. Telma E. Carraro pela disponibilidade e valorosa contribuição.

Aos professores e colegas do grupo de pesquisa GRUPESMUR pela força, contribuição e paciência em também permitir no grupo o nosso aprendizado.

Aos professores do curso de mestrado, pela valorosa partilha do conhecimento.

Aos colegas do mestrado, pela alegria, companheirismo e carinho presente em nossos contatos. Foi e é muito bom estar com vocês.

À Mda. Letícia D. Frutuoso, minha amiga e companheira de batalha, entre outras, na busca pelo aprendizado da docência e da pesquisa.

À amiga Esp. Luciane de Ávila, competente e amável, sempre presente com suas palavras positivas.

À enfermeira Esp. Marlise T. C. de Souza, grande e eterna amiga, que estava ao meu lado no momento inicial de coleta de dados deste trabalho.

À enfermeira e amiga Mda. Sônia R. W. Almeida e todos os colegas da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de São

José Dr. Homero de Miranda Gomes - HRSJHMG, por partilhar de nossa felicidade quando da aprovação para este curso.

Às amigas Dra. Dionice Furlani e Dra. M^a de Lourdes C. Hammes pelo apoio, principalmente quando precisei nas épocas de estágio.

Aos meus atuais colegas de trabalho, da Escola de Formação em Saúde, pelo apoio, concordância e entendimento nos dias de afastamento para as aulas.

À Alzira C. de Farias, Débora C. dos Santos e Elizete M. Schimitz, profissionais de enfermagem do Banco de Leite Humano que prestam assistência no Alojamento Conjunto, que me receberam de braços abertos e me auxiliaram em alguns contatos com os participantes do estudo.

Ao enfermeiro Juruci P. dos Santos, Chefe de enfermagem da maternidade do HRSJHMG, que nos apoiou com o seu curioso interesse, objetivando melhoria no atendimento.

À enfermeira Denise F. Souza, recém-chegada na maternidade do HRSJHMG, mas já conhecida, também pelo apoio inicial.

À enfermeira do Banco de Leite Humano do HRSJHMG, Luciana D. Harger, pela abertura e atenção dispensada, por mostrar que o profissional pode superar o pessoal.

À enfermeira Adriana G. da S. Nunes, também quase recém-chegada no HRSJHMG, que apesar da pequena convivência, parece tão próxima, obrigada pelo companheirismo nos vários dias da coleta de dados.

À equipe maravilhosa do Alojamento Conjunto, que com muita competência cuida das mulheres, crianças e acompanhantes com todo amor, carinho e respeito ao ser humano. Aos que convivi na coleta de dados e também a todos que não encontrei, mas sei que lá estão ou estiveram.

Em geral, a equipe de enfermagem da maternidade do HRSJHMG, por quem tenho muito carinho e admiração.

Aos sujeitos participantes deste estudo, pela disponibilidade em contribuir com este trabalho e pela sabedoria demonstrada em cada contato, nos indicando cada vez que é ensinando que se aprende.

WIGGERS, E. **Aleitamento materno**: educação libertadora com grupos de puérperas e acompanhantes no alojamento conjunto. 2010. 274p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

RESUMO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa que objetivou compreender em círculo de cultura, as possibilidades e limitações que puérperas e acompanhantes identificam para a prática do aleitamento materno. O referencial teórico-metodológico de sustentação do estudo está ancorado nos princípios da Pedagogia Libertadora do educador Paulo Freire, o qual defende que esta seja mediadora entre a teoria e a prática, e a educação um processo dialógico, construído a partir da interação entre o indivíduo e o mundo. O estudo foi desenvolvido no Alojamento Conjunto do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, São José/SC. A coleta e análise de dados foi realizada através do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, composto de 3 etapas: Investigação, codificação-descodificação e desvelamento crítico durante a realização de 8 Círculos de Cultura nos meses de agosto e setembro de 2009. Foi respeitada a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos e utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido garantindo aos participantes o princípio da autonomia, oferecendo total liberdade aos mesmos em desistir durante o processo, respeitando as suas crenças, valores e preservando sua identidade. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição hospitalar e da Universidade Federal de Santa Catarina. Os sujeitos participantes do estudo foram 58, constituídos de puérperas internadas no Alojamento Conjunto da maternidade e seus acompanhantes, sendo 43 puérperas e 15 acompanhantes. Os acompanhantes foram: 06 companheiros, 05 mães, 02 cunhadas e 02 amigas de puérpera. As possibilidades e limitações para a prática do aleitamento materno identificadas por puérperas e acompanhantes nos círculos de cultura resultantes desta pesquisa, foram agrupadas em oito temáticas significativas desveladas através do Itinerário de Pesquisa: O conhecimento como base para a prática do aleitamento materno, a crença de que a anatomia da mama interfere na prática do aleitamento materno, experiências x inexperiência: influência

no aleitamento materno, o círculo de convivência na prática do aleitamento materno, com autoconfiança e autoconhecimento fica mais fácil, sentir-se bem e estar sem dor é importante para a boa prática do aleitamento materno, aleitamento materno e trabalho da mulher, profissionais da saúde: mediadores do aleitamento materno. Os resultados apontaram que as possibilidades mais identificadas foram relacionadas a conhecer sobre alimentação da nutriz, ter ajuda profissional, conhecer sobre pega da região mamilo-areolar e conhecer sobre prevenção de fissuras da região mamilo-areolar e, as limitações foram relacionadas a ter ingurgitamento mamário, a mulher voltar ao trabalho, familiares ou pessoas próximas que influenciam nas decisões da nutriz e sentir dor. Com este estudo, concluímos que o trabalho educativo em aleitamento materno é essencial para a elevação dos índices desta prática e assim, precisa ser intensificado, que o referencial teórico-metodológico utilizado foi determinante na construção do conhecimento e que se faz necessário a formulação políticas públicas e empenho de gestores e profissionais na busca de uma perspectiva libertadora na educação em saúde em aleitamento materno com grupos de puérperas e acompanhantes.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Educação em Saúde, Alojamento Conjunto, Enfermagem.

WIGGERS, E. **Lactancia materna:** educación liberadora con grupos de puérperas y sus acompañantes en los alojamientos. 2010. 274p. Disertación (Maestría en Enfermería) Programa de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo que tuvo como objetivo comprender en el círculo de cultura, las posibilidades y limitaciones que las puérperas y sus acompañantes identifican para la práctica de la lactancia materna. El soporte teórico y metodológico del estudio se basa en los principios de la Pedagogía Libertadora del educador Paulo Freire, quien sostiene que esa pedagogía es la mediación entre la teoría y la práctica, y la educación es un proceso dialógico, construido a partir de la interacción entre el individuo y el mundo. El estudio fue realizado en el Alojamiento Conjunto del Hospital Regional de São José Dr. Homero de Gomes Miranda, São José/SC. La recolección y análisis de los datos se realizó según el Itinerario de Investigación de Paulo Freire, compuesto por tres etapas: investigación, codificación-decodificación y revelación crítica durante la realización de los ocho Círculos de Cultura, en agosto y septiembre de 2009. Se respetó la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud que se ocupa de la investigación con seres humanos, y se utilizó el Término de Consentimiento que asegura a los participantes el principio de autonomía y ofrece total libertad para que abandonen el proceso, respetando sus creencias, valores y la preservación de su identidad. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la institución y de la Universidad Federal de Santa Catarina. Los sujetos del estudio fueron 58 participantes: 43 puérperas internadas en el Alojamiento Conjunto de la maternidad y 15 acompañantes. Los acompañantes fueron: 6 compañeros, 5 madres, 2 cuñadas y 2 amigas de las puérperas. Las posibilidades y limitaciones para la práctica de la lactancia identificadas por las puérperas y sus acompañantes en los círculos de cultura como resultado de esta investigación, se agruparon en ocho temas principales descubiertos a través del itinerario de la investigación, a saber: 1. El conocimiento como base para la práctica de la lactancia materna; 2. La creencia de que la anatomía de la mama interfiere con la práctica de la lactancia materna; 3. Experiencias e in experiencias: la influencia de la lactancia materna; 4. El círculo social en la práctica de la lactancia materna; 5. con autoconfianza y autoconocimiento es más fácil; 6. Sentirse bien y sin dolor es importante

para las prácticas de un buen amamantamiento; 7. La lactancia materna y el trabajo de la mujer; 8. Los profesionales de la salud: mediadores de la lactancia materna. Los resultados mostraron que las posibilidades más identificadas se relacionan al conocimiento sobre la alimentación de la madre lactante, recibir ayuda profesional, conocer sobre la región del pezón-areola y aprender sobre la prevención de las hendiduras de la región de la areola-pezón. Las limitaciones están relacionadas con tener ingurgitación mamaria, el hecho de la mujer volver al trabajo, los familiares o personas cercanas a influir en las decisiones de la madre lactante, y sentir dolor. Con este estudio se concluye que la educación sobre la lactancia materna es esencial para los altos índices de esta práctica, y por lo tanto, se tiene que intensificar su práctica, que el método teórico utilizado fue determinante para la construcción del conocimiento, y que es necesario formular políticas públicas y el compromiso de los directivos y profesionales en busca de una perspectiva liberadora en la educación en salud sobre la lactancia materna con grupos de madres y acompañantes.

Palabras Clave: Lactancia Materna, Educación para la Salud, Alojamiento Conjunto, Enfermería.

WIGGERS, E. **Breastfeeding: Education Liberating Groups of Mothers of Caregivers and Escorts in the Rooming.** 2010. 274 p. Dissertation (Masters in Nursing) Program, Graduate of Nursing Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

ABSTRACT

This is a qualitative approach study, which objective is to understand the cultural circle, with the possibilities and limitations that caregivers and escorts identify to the practice of Breastfeeding. The reference methodological-theory for the sustentation of the study is anchored on the principles of the Liberating Pedagogy of Educator Paulo Freire, where he defends that there must be a mediator between theory and practical, and education is a process of dialogue, constructed from the interaction between individuals and the world. The study was developed in the Rooming of the Regional Hospital of Sao Jose Dr. Homero de Miranda Gomes, Sao Jose/Sc. The collection and analysis of data was realized through the itinerary study of Paulo Freire, compost of 3 steps: Investigation, codification-des-codification and unveiling critic during the realization of 8 Circles of Culture in the months of august and September of 2009. The resolution of 196/96 of the National Health Council was respected which makes it available study involving human beings and utilizing the term of Free Consent and Enlightened guaranteed to participants the principle of autonomy, offering total liberty to those who wants to give up during the process, respecting their beliefs, values and preserving their identity. The project was approved by the ethics commission of the Institution Hospital and the Federal University of Santa Catarina. The number of people that participates in the study were 58, constituting of caregivers accommodated in the rooming of the maternity and their escorts, being 43 caregivers and 15 escorts. The escorts where : 06 companions, 05 mothers, 02 in-laws and 02 friends of the caregiver. The possibilities and limitations to the practice of maternal lactation identified by caregivers and escorts in the cultural circle from this study, were grouped in eight thematic significant unveiled in the itinerary of the study: The knowledge as a base for the practice of breastfeeding, the belief that the anatomy of the breast interfere in the practice of maternal lactation, experience X inexperience: With self-confidence and self-knowledge is easier, the circle of coexistence in the practical of breastfeeding, feel good and be without pain is important for the good practice of breastfeeding; Breastfeeding is the work of women, health professionals: Mediators of

maternal lactation. The results shows that the possibilities that is more identified where related and known about the alimentation of the nurse, having professional help, get to know the region of nipple-areolar and knowledge on prevention of nipple cracks in the region of areolar and the limitations where related and nipple engorgement, the woman goes back to work, family or relatives that influences decisions of the nurse and feels the pain. With this study, we concludes that the educative work in breastfeeding is essential for the elevation of indices of this practice and so, needs to be intensified, which is the reference methodological-theory utilized was determinant in the construction of knowledge and what should be necessary done is the formulation of public policies of professionals and managers efforts in search of a liberating perspective in health education on breastfeeding with groups of mothers and caregivers.

Descriptors: Breastfeeding, Health in Education, Rooming, Nursing.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|------------|
| Figura 1 - Representação gráfica das etapas do Itinerário de Paulo Freire..... | 63 |
| Figura 2 - Representação gráfica da etapa de investigação temática do círculo de cultura I. | 75 |
| Figura 3 - Representação gráfica da etapa de investigação temática do círculo de cultura II. | 90 |
| Figura 4 - Representação gráfica da etapa de investigação temática do círculo de cultura III..... | 103 |
| Figura 5 - Representação gráfica da etapa de investigação temática do círculo de cultura IV. | 119 |
| Figura 6 - Representação gráfica da etapa de investigação temática do círculo de cultura V..... | 135 |
| Figura 7 - Representação gráfica da etapa de investigação temática do círculo de cultura VI. | 147 |
| Figura 8 - Representação gráfica da etapa de investigação temática do círculo de cultura VII. | 160 |
| Figura 9 - Representação gráfica da etapa de investigação temática do círculo de cultura VIII..... | 172 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1 - Vantagens do aleitamento materno..... | 88 |
| Quadro 2 - Conforto da mulher para amamentar. | 88 |
| Quadro 3 - Duração do aleitamento materno. | 88 |
| Quadro 4 - Cólicas do bebê..... | 88 |
| Quadro 5 - Cansaço da mulher no pós-parto..... | 88 |
| Quadro 6 - Alimentação complementar do bebê..... | 89 |
| Quadro 7 - Volta da mulher ao trabalho e/ou a escola..... | 89 |
| Quadro 8 - Posição do recém-nascido no berço..... | 89 |
| Quadro 9 - Posição do recém-nascido no berço..... | 101 |
| Quadro 10 - Experiência anterior..... | 101 |
| Quadro 11 - Cólicas do bebê..... | 101 |
| Quadro 12 - Alimentação da nutriz..... | 102 |
| Quadro 13 - Duração do aleitamento materno. | 102 |
| Quadro 14 - Peito/mamilo dolorido. | 102 |
| Quadro 15 - Preferência do bebê por uma só mama. | 102 |
| Quadro 16 - Prevenção e tratamento de fissura mamilar. | 118 |
| Quadro 17 - Pega adequada da região mamilo-areolar. | 118 |
| Quadro 18 - Vantagens do aleitamento materno..... | 118 |
| Quadro 19 - Posição da mãe e do bebê na mamada. | 119 |
| Quadro 20 - Alimentação complementar do bebê..... | 119 |
| Quadro 21 - Preferência do bebê por uma só mama. | 131 |
| Quadro 22 - Prevenção e tratamento de fissura mamilar. | 132 |
| Quadro 23 - Dificuldade do bebê em realizar a pega da região mamilo-areolar..... | 132 |

| | |
|--|------------|
| Quadro 24 - Dificuldade do bebê em realizar a pega da região mamilo-areolar. | 132 |
| Quadro 25 - Bebê que não suga. | 132 |
| Quadro 26 - Experiência anterior..... | 132 |
| Quadro 27 - Volta da mulher ao trabalho e/ou a escola..... | 133 |
| Quadro 28 - Medo da queda da mama. | 133 |
| Quadro 29 - Ordenha de leite materno..... | 133 |
| Quadro 30 - Posição do recém-nascido no berço..... | 133 |
| Quadro 31 - Posição da mãe e do bebê durante a manada..... | 134 |
| Quadro 32 - Resguardo pós-parto..... | 134 |
| Quadro 33 - Recaída pós-parto. | 134 |
| Quadro 34 - Vantagens do aleitamento materno..... | 134 |
| Quadro 35 - Inibição para amamentar em público..... | 134 |
| Quadro 36 - Posição da mãe e do bebê na manada..... | 145 |
| Quadro 37 - Dificuldade do bebê em realizar a pega da região mamilo-areolar. | 145 |
| Quadro 38 - Prazer/desprazer ao amamentar. | 145 |
| Quadro 39 - Vantagens do aleitamento materno..... | 146 |
| Quadro 40 - Composição do leite materno. | 146 |
| Quadro 41 - Alimentação da nutriz..... | 146 |
| Quadro 42 - Cólicas do bebê. | 146 |
| Quadro 43 - Amamentar o bebê e o filho maior. | 157 |
| Quadro 44 - Prevenção e tratamento de fissura mamilar..... | 157 |
| Quadro 45 - Volta da mulher ao trabalho e/ou a escola..... | 158 |
| Quadro 46 - Ingurgitamento mamário. | 158 |
| Quadro 47 - Pega adequada da região mamilo-areolar. | 158 |
| Quadro 48 - Ordenha de leite materno..... | 158 |
| Quadro 49 - Conservação e uso do leite materno. | 158 |

| | |
|---|-----|
| Quadro 50 - Bebê em cuidados intensivos..... | 159 |
| Quadro 501- Composição do leite materno. | 159 |
| Quadro 52 - Desmame. | 159 |
| Quadro 53 - Cólicas do bebê..... | 159 |
| Quadro 54 - Alimentação da nutriz | 159 |
| Quadro 55 - Dificuldade de mamar nas primeiras horas de vida. | 169 |
| Quadro 56 - Tempo e intervalo das manadas..... | 169 |
| Quadro 57 - Posição da mãe e do bebê na manada. | 169 |
| Quadro 58 - Pega adequada da região mamilo-areolar. | 169 |
| Quadro 59 - Produção e ejeção do leite. | 169 |
| Quadro 60 - Prevenção e tratamento de fissura mamilar. | 170 |
| Quadro 61 - Uso de chupeta..... | 170 |
| Quadro 62 - Preocupação com opinião de outras pessoas da família. | 170 |
| Quadro 63 - Alimentação da nutriz..... | 170 |
| Quadro 64 - Cólicas do bebê..... | 171 |
| Quadro 65 - Banho para relaxamento do bebê..... | 171 |
| Quadro 66 - Posição do recém-nascido no berço..... | 171 |
| Quadro 67 - Alternância das mamas. | 171 |
| Quadro 68 - Posição da mãe e do bebê durante a manada. | 181 |
| Quadro 69 - Pega adequada da região mamilo-areolar. | 181 |
| Quadro 70 - Doação de leite materno. | 181 |
| Quadro 71 - Conservação e uso do leite materno. | 181 |
| Quadro 72 - Ordenha de leite materno..... | 181 |
| Quadro 73 - Abscesso mamário. | 182 |
| Quadro 74 - Bancos de Leite Humano..... | 182 |
| Quadro 75 - Posição do recém-nascido no berço..... | 182 |
| Quadro 76 - Regurgitação do recém-nascido..... | 182 |

| | |
|--|------------|
| Quadro 77 - Modificação do mamilo e aréola. | 182 |
| Quadro 78 - Prevenção e tratamento de fissura mamilar. | 183 |
| Quadro 79 - Ingurgitamento mamário. | 183 |
| Quadro 80 - Volta da mulher ao trabalho e/ou a escola. | 183 |
| Quadro 81 - Produção e ejeção do leite. | 183 |
| Quadro 82 - Falta de apoio familiar. | 184 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| LISTA DE FIGURAS | 14 |
| LISTA DE QUADROS | 15 |
| 1 INTRODUÇÃO: O DESPERTAR PARA A PROBLEMÁTICA DO ESTUDO | 22 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA: CONHECENDO MELHOR O TEMA..... | 32 |
| 2.1 ALEITAMENTO MATERNO..... | 33 |
| 2.1.1 Aspectos históricos e políticos | 33 |
| 2.1.2 Aleitamento materno e educação | 35 |
| 2.2 EDUCAÇÃO..... | 39 |
| 2.2.1 Profissional da saúde e educação | 41 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO: EMBASANDO O ESTUDO | 46 |
| 3.1 O EDUCADOR PAULO FREIRE: BREVE BIOGRAFIA | 47 |
| 3.2 A PROPOSTA PEDAGÓGICA LIBERTADORA DE PAULO FREIRE | 49 |
| 3.3 MARCO CONCEITUAL..... | 52 |
| 3.3.1 Pressupostos..... | 53 |
| 3.3.2 Conceitos inter-relacionados | 55 |
| 4 CAMINHO METODOLÓGICO | 60 |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E DO CONTEXTO DO ESTUDO | 64 |
| 4.2 SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO | 65 |
| 4.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO | 66 |
| 4.4 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO | 68 |
| 5 ALEITAMENTO MATERNO: EDUCAÇÃO LIBERTADORA COM GRUPOS DE PUÉRPERAS E ACOMPANHANTES NO ALOJAMENTO CONJUNTO..... | 69 |
| 5.1 O EXERCÍCIO DA EDUCAÇÃO LIBERTADORA..... | 69 |
| 5.1.1 Aproximação com o local e o contexto de estudo..... | 69 |
| 5.1.2 Sujeitos participantes do estudo..... | 72 |
| 5.1.3 Os círculos de cultura | 73 |
| 5.1.4 Possibilidades e limitações da implementação do referencial teórico-metodológico | 184 |

| | |
|--|------------|
| 6 POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES PARA A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO IDENTIFICADAS POR PUÉRPERAS E ACOMPANHANTES EM CÍRCULO DE CULTURA..... | 187 |
| 6.1 O CONHECIMENTO COMO BASE PARA A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO | 187 |
| 6.2 A CRENÇA DE QUE A ANATOMIA DA MAMA INTERFERE NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO..... | 200 |
| 6.3 EXPERIÊNCIAS X INEXPERIÊNCIA: INFLUÊNCIA NO ALEITAMENTO MATERNO | 201 |
| 6.4 O CÍRCULO DE CONVIVÊNCIA NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO | 202 |
| 6.5 COM AUTOCONFIANÇA E AUTOCONHECIMENTO FICA MAIS FÁCIL | 203 |
| 6.6 SENTIR-SE BEM E ESTAR SEM DOR É IMPORTANTE PARA A BOA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO | 205 |
| 6.7 ALEITAMENTO MATERNO E TRABALHO DA MULHER... | 207 |
| 6.8 PROFISSIONAIS DA SAÚDE: MEDIADORES DO ALEITAMENTO MATERNO | 209 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 214 |
| REFERÊNCIAS..... | 217 |
| APÊNDICES | 228 |
| APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.... | 229 |
| APÊNDICE B - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DAS PUÉRPERAS PARTICIPANTES | 231 |
| APÊNDICE C - QUADROS DE CONVERGÊNCIA DAS POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES PARA A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO IDENTIFICADAS POR PUÉRPERAS E ACOMPANHANTES EM CÍRCULO DE CULTURA..... | 232 |
| APÊNDICE D – QUADROS DO DESVELAMENTO DAS POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES PARA A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO IDENTIFICADAS POR PUÉRPERAS E ACOMPANHANTES EM CÍRCULO DE CULTURA..... | 260 |
| ANEXOS..... | 271 |

| | |
|---|------------|
| ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO – PROJETO N° 399/08..... | 272 |
| ANEXO B – CERTIFICADO N° 024 | 274 |

1 INTRODUÇÃO: O DESPERTAR PARA A PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

A educação modela as almas e recria os corações. Ela é a alavanca das mudanças sociais (FREIRE, 1994, p. 32).

Dentre as mais extraordinárias contribuições da ciência e da tecnologia para a melhoria da qualidade de vida dos seres humanos, nos últimos cinquenta anos, uma das mais relevantes tem sido, inquestionavelmente, a produção de novos conhecimentos, evidenciando a importância e as vantagens do aleitamento materno. A cada dia são descobertos novos benefícios que a prática de amamentar traz para a saúde e qualidade do processo de viver humano dos envolvidos, sob os mais diferentes aspectos, entre os quais destacamos os nutricionais, bioquímicos, imunológicos, psico-sociais, econômicos e ecológicos (LEÓN-CAVA et al., 2002).

Reconhecendo a importância e as inúmeras vantagens, criteriosamente revistas na literatura científica (KRAMER; KAKUMA, 2002), a Organização Mundial de Saúde (2001), na 54ª Assembléia Mundial de Saúde, estabelece, como recomendação de saúde pública global, que todas as crianças sejam amamentadas exclusivamente no peito durante os primeiros seis meses de vida, prosseguindo, a partir daí, com a amamentação acrescida de alimentos complementares, até dois anos ou mais.

Neste sentido, as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno têm crescido mundialmente nos últimos anos. Na tentativa de levar as mulheres a amamentarem mais e melhor, governos e sociedades civis organizadas trabalham continuamente para resgatar esta prática, restringindo o domínio e a promoção comercial da alimentação infantil industrializada e, conseqüentemente, colaborando com a saúde, não só das mães e crianças, mas de toda a sociedade, uma vez que a mortalidade infantil cresce na mesma proporção com que diminuimos os índices de aleitamento em qualquer território global.

No Brasil, tais ações têm seu início em meados da década de 70, mas somente em 1981, é oficialmente lançado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) pelo Ministério de Saúde (BRASIL, 1991). Desde então o governo brasileiro tem empreendido esforços consideráveis no sentido de formular políticas com vistas a

diminuir os índices alarmantes de desmame precoce em nosso meio, bem como contribuir para a redução das taxas de morbi-mortalidade materna e neonatal. A trajetória desse programa é analisada por Rea (2003), subdividindo-a em quatro períodos: o primeiro, compreendendo o período de 1975 a 1981, quando poucas ações eram realizadas; o segundo período, de 1981 a 1986, quando é criado o Programa e a Coordenação Nacional do mesmo e são realizadas campanhas bem elaboradas na mídia; o terceiro, de 1986 a 1996, quando são intensificadas as políticas em prol da amamentação. Vale ressaltar que nesse período (em 1991) foi lançada mundialmente a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com dois objetivos: mudar as rotinas hospitalares seguindo o cumprimento dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e não aceitar doações de substitutos do leite materno. No Brasil tal iniciativa teve seu início em 1992. E por último, o quarto período, compreendido entre 1996 a 2002, onde as ações estiveram fortemente centradas no planejamento das ações e na capacitação de recursos humanos com o respaldo das políticas de proteção.

Recentemente o Ministério da Saúde realizou a segunda pesquisa de prevalência do aleitamento nas capitais brasileiras e Distrito Federal, onde avaliou a evolução dos indicadores de aleitamento materno e alimentação complementar no Brasil de 1999 a 2008 os resultados mostraram a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de quatro meses nas capitais brasileiras, com aumento de 35,5% em 1999, para 51,2% em 2008. Apesar do aumento da prevalência ser significativo, o MS reconhece que o Brasil ainda está aquém de atingir as metas da OMS e MS com relação ao AME até seis meses e sua manutenção até dois anos ou mais. (BRASIL, 2009a).

Nos últimos anos, 2002 a 2007, apesar de poucas inovações, as ações de incentivo ao aleitamento materno continuaram a ser desenvolvidas em todo o país. Antes disto, já em 1943, foi criado no Brasil o primeiro Banco de Leite Humano (BLH), o do Instituto Nacional de Puericultura, hoje Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), sendo modelo para outras instituições e nesta época objetivando atender, com fornecimento de leite materno, os casos que as fórmulas lácteas não obtinham boas respostas (ALMEIDA, 1999). Ao longo desta trajetória foram implantados outros BLHs, crescendo em quantidade principalmente a partir de 1985, e a partir daí, sendo considerados serviços de referência em aleitamento materno, servindo não só como estrutura que realizava

coleta, processamento e distribuição do leite humano, mas também como centros de apoio às mulheres que desejavam amamentar. Diante disto, os BLHs construíram uma importante história e têm hoje uma vasta experiência em trabalhos educativos na área de aleitamento materno. Reforçando esta prática, por iniciativa da Fundação Oswaldo Cruz e do Ministério da Saúde, foi criada, em 1998, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, que é considerada a maior rede do mundo dessa natureza, tanto no que se refere à quantidade quanto à qualidade. A mesma tem por missão “a promoção da saúde da mulher e da criança mediante a integração e a construção de parcerias com órgãos federais, a iniciativa privada e a sociedade.” (BRASIL, 2009b)¹

Com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil através do aumento dos índices de aleitamento materno no Brasil, que apesar de registrar avanços, continua muito aquém do ideal preconizado, foi instituída em 2008, pelo Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Amamenta Brasil, através da Portaria nº 2.799 de 18 de novembro de 2008 (BRASIL, 2008). Esta rede se constitui numa nova estratégia de ação visando o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na rede de atenção básica por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde. Sua pretensão é de formar tutores multiplicadores em todas as regiões do país, que possam formar outros tutores para realizar o trabalho mais direto com as Unidades Básicas de Saúde, de modo a certificá-las como integrantes da rede. Esta estratégia introduz um novo olhar no ensino do aleitamento materno, sendo inovadora no uso de metodologias ativas, baseadas na concepção crítico-reflexiva, que vê o processo de ensino e aprendizagem como integrado e qualitativo (BRASIL, 2009c). As metodologias ativas têm sido amplamente utilizadas no campo da saúde por objetivarem o desenvolvimento de um sujeito ativo no seu aprendizado, que através da análise do problema, reflete e reconstrói o seu conhecimento. Porém, especificamente no aleitamento materno, esta concepção estava caminhando em passos tímidos. Com a implantação da Rede se vislumbra um grande avanço, e neste sentido concordamos com Mitre et al. (2008) quando considera que todos os sujeitos estão interligados em uma rede e assim a participação coletiva e democrática é essencial para a implantação de qualquer mudança.

¹ Sem numeração de página por ser endereço eletrônico da Rede de Bancos de Leite Humano.

Mas, se de um lado, a importância e as vantagens do aleitamento materno, bem como as consequências do desmame precoce para a saúde da mulher, da criança e da sociedade, de modo geral, têm sido exaustivamente descritas na literatura, e estratégias para reverter as tendências mundiais de diminuição da prevalência da prática da amamentação têm sido adotadas nas últimas décadas, com grande intensidade, em vários países do mundo, por outro, apesar de alguns avanços, ainda é expressivo o número de mulheres que desmamam precocemente, inclusive no Brasil. Isto se deve a uma multiplicidade de fatores biológicos, sociais, culturais, econômicos e políticos, cujas causas vêm sendo continuamente estudadas e muitas já são conhecidas (BRASIL, 2001).

O despreparo dos profissionais de saúde na tarefa de auxiliar as mulheres, seus filhos e suas famílias para o sucesso do aleitamento materno foi um dos problemas identificados como prioritários na área de aleitamento materno no Brasil, no período de 1981 a 2002, afetando a duração e a prevalência da amamentação. (BRASIL, 2002)

Percebo que a atuação da enfermagem é essencial neste processo e tem se destacado por estar sempre perto das mulheres e famílias durante o ciclo grávido-puerperal, persistindo, sem esmorecer neste trabalho árduo, mas também gratificante.

Minha vivência profissional como enfermeira assistencial em diversos setores de maternidade, inclusive Banco de Leite Humano e, algumas vezes, como Gestora me permitiu acompanhar a evolução do aleitamento materno nas duas últimas décadas e perceber o quanto o aleitamento materno é importante para promover a saúde de puérperas e crianças e o quanto a ação profissional pode determinar a sua prática ou o seu abandono.

Neste contexto, as atividades educativas, inerentes à enfermagem, e extremamente importantes no trabalho de incentivo ao aleitamento materno, fizeram com que eu, muitas vezes, refletisse sobre as práticas educativas realizadas por nós, profissionais das maternidades. Descrevendo as relações entre estes profissionais e as famílias no Alojamento Conjunto, Monticelli (2003) percebeu que as ações educativas na maternidade estudada são consideradas necessárias para devolver mãe e filho saudáveis para a sociedade, porém geralmente verticalizadas, exemplifica a abundante “rotinização das orientações” e a preocupação excessiva no conteúdo que se acredita ter obrigação de dizer “e não propriamente em estabelecer uma relação efetiva.” (MONTICELLI, 2003, p. 257).

Ao observar as reuniões em grupo realizadas rotineiramente no alojamento conjunto das maternidades e que abordam o aleitamento materno, noto grande tendência dos profissionais que realizam as orientações em utilizar uma metodologia tradicional para transmitir aos participantes os aspectos considerados essenciais para o sucesso do aleitamento materno, sem levar em conta seus saberes prévios, suas vivências e experiências. Além disso, é freqüente a utilização de frases que iniciam com: Você deve...; Você não pode...; É errado...; Você tem que....

Entendo a metodologia tradicional como sendo uma forma vertical de realizar educação em saúde, nela, não se convida o indivíduo para conhecer e sim para memorizar. Sua utilização tem resultado numa prática fragmentada e descontextualizada, não favorecendo o desenvolvimento de competências e habilidades para que os profissionais transcendam a visão biologicista. É chamada por Freire (2008) de educação bancária, onde os conteúdos são impostos e o educador enche os educandos de um falso saber. No modelo de ensino e aprendizagem aqui proposto, o educando é responsável pela construção do seu conhecimento, mobiliza-se para se desenvolver de forma ativa, crítica, reflexiva e solidária, problematizando a realidade, identificando suas contradições, explorando suas riquezas e possibilidades para aprender a aprender.

De acordo com minha experiência, o tempo destinado ao encontro é de aproximadamente 1 hora onde os assuntos pré-determinados são expostos pela equipe com o auxílio dos recursos disponíveis na instituição. Nas reuniões realizadas² comumente as cadeiras são dispostas em fileiras ou em semicírculos. Os conteúdos abordados são fragmentados, geralmente constam de um álbum seriado e englobam: vantagens e fisiologia da lactação, livre demanda, contra-indicação do aleitamento cruzado, revezamento das mamas durante a mamada, necessidade de tranqüilidade para a mulher amamentar, custo, duração da amamentação exclusiva e complementar, posição e pega da aréola, fissura e ingurgitamento, coleta e armazenamento de leite humano, alimentação da lactante, motivos para procurar a maternidade e/ou o BLH, tabagismo, e cuidados com mulher o recém-nascido (RN) após a alta hospitalar (consultas, anticoncepção, banho do RN, cólicas, curativo do coto umbilical, cuidados com incisão abdominal e perineal, prevenção de asfixia neonatal), coleta e armazenamento do leite para possível doação.

² Observações realizadas durante o acompanhamento de encontros em maio/09.

Em média, para uma maternidade de médio porte, participam da reunião de quinze a vinte pessoas, e a metade de acompanhantes, destes a maioria mulheres. A maior parte das puérperas leva o RN. Às vezes, quando o bebê encontra-se internado na UTI Neonatal e suas mães estão impedidas de participar da reunião, seus acompanhantes se fazem presentes.

De modo geral, os presentes parecem atentos ao que é apresentado, mas observo que o número de participação se reduz a menos da metade dos participantes, as manifestações do grupo ocorrem através de perguntas e/ou opiniões e comumente são relacionadas ao que é apresentado. Em vários momentos é questionado ao grupo se entenderam ou ficaram com alguma dúvida, porém isto é realizado de forma verticalizada, fica evidente que existe uma dificuldade no estímulo à participação, girando, freqüentemente em torno de poucas pessoas, reforçando a centralização no profissional que está promovendo o encontro.

Percebemos também que, algumas vezes a participação foi reforçada ou complementada pela equipe e, em outras, o monólogo imperou, foi um depoimento ou opinião que apenas teve concordância da equipe e que poucas vezes se transformou em discussão.

Algumas vezes, a equipe que promove a reunião já conhece as puérperas de contato anterior ao encontro, revelando proximidade com o grupo, freqüentemente demonstrando também bastante disponibilidade em ajudá-las após o término do encontro.

Com o objetivo de modificar esta situação e preocupados em preencher a lacuna existente na capacitação de trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de algumas habilidades necessárias para apoio e proteção da amamentação, foi implantado no Brasil, a partir de 1995, o curso de Aconselhamento em Amamentação: um curso de treinamento, criado pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 1993. O curso objetiva ajudar as mães a superarem as dificuldades através da capacitação dos trabalhadores da saúde para o desenvolvimento de habilidades “clínicas e interpessoais” que favoreçam o sucesso da amamentação. Trabalha o desenvolvimento das habilidades de aconselhamento através do ouvir, do aprender, da confiança e do apoio e tem acontecido com a participação mais intensa de alguns profissionais, porém de forma incipiente e sem abordar as chamadas “palestras/palestrinhas” de aleitamento materno. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993)

Ao perceber que, muitas vezes, as puérperas e seus

acompanhantes comparecem às atividades propostas, ouvem, mas não participam ativamente, questionamos a eficiência e eficácia destes métodos normalmente utilizados e, na tentativa de melhorar as ações educativas, como enfermeira de alojamento conjunto e/ou BLH, passamos a desenvolver atividades educativas diferentes das já existentes, com uma maior abertura para o diálogo, na esperança que estas possibilitassem maior atuação das puérperas e acompanhantes, buscando, através da reflexão, uma transformação mais efetiva de suas ações em prol do aleitamento materno.

O interesse em estudar a educação em aleitamento materno vem do desejo de inovar, numa perspectiva que possibilite a adoção de outros métodos, não tradicionais, nas reuniões com puérperas e acompanhantes, durante a internação hospitalar.

Acreditamos no aumento significativo da prática do aleitamento materno se as atividades educativas forem repensadas. E que o desenvolvimento de estudos sobre o tema irá contribuir para promover a educação libertadora e assim oferecer formas alternativas de condução das atividades educativas realizadas nas maternidades, bem como servir de estímulo para novas pesquisas.

Araújo (2005) acredita que é necessário reconhecer os conhecimentos prévios, já elaborados, sobre o aleitamento materno. Coloca a valorização deste conhecimento como “campo fértil” a explorar, favorecendo a construção de um novo conhecimento, carregado de solidez.

Na visão de Freire (2006, 2008), o conhecimento anterior, objetivo, muitas vezes não percebido em suas implicações mais profundas, a partir da reflexão, passa a assumir caráter de problema, caracterizando a educação crítica que considera o homem como ser inacabado, inserido em uma realidade também inacabada. Assim, o dinamismo que envolve o ser humano e sua realidade exige que a educação seja uma atividade contínua e constantemente refeita pela práxis.

A partir das reflexões realizadas emergiram vários questionamentos, tais como: será que as práticas educativas sobre aleitamento materno desenvolvidas em grupo com as puérperas e acompanhantes no alojamento conjunto estão provocando os resultados esperados? Será que essas práticas desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem têm de fato contribuído para o atendimento das necessidades da mulher que vivencia o processo de amamentar e de seus acompanhantes? Será que nós, profissionais de enfermagem, por mais que tenhamos conhecimentos técnico-científicos acerca da

amamentação, temos tido sensibilidade, habilidade e competência para ajudar de fato as puérperas e seus acompanhantes a solucionar problemas e enfrentar situações de modo a alcançar o sucesso da amamentação? Será que as puérperas e seus acompanhantes, ao participarem das práticas educativas no alojamento conjunto concordam com tudo que ouvem? Será que suas ações são transformadas ou reforçadas, em favor do aleitamento materno, após estas abordagens educativas? Será que os conteúdos abordados, sem levar em conta seus saberes prévios, suas experiências e vivências, são úteis para o estabelecimento e manutenção da lactação?

Pensando nestas questões, nos remetemos a Paulo Freire (2006) ao descrever as idéias-força que sustentam a sua pedagogia, este considera que se queremos que o ser humano seja sujeito, tome consciência de seu poder transformador, se relacione com os outros, seja criador de cultura, se insira no processo histórico e ao invés de ficar na expectativa “exija a intervenção”, é essencial que sua preparação seja realizada por uma educação “autêntica”, libertadora, “que não adapte, domestique e subjogue”. Para tanto, considera necessária uma revisão radical, abrangente e rigorosa dos sistemas, programas e métodos tradicionais de educação.

Na educação chamada por Paulo Freire de bancária, comentada em várias de suas obras, os educandos são considerados receptáculos vazios, páginas em branco, tábua rasa, onde o conhecimento é depositado pelo educador. Nesta concepção, o ensino está centrado no professor, que é o detentor do saber. A comunicação se dá de forma verticalizada, através de monólogo, sendo considerada autoritária, opressora e alienatória. Ainda na concepção freireana a ênfase está na memorização de conteúdos e a realidade é considerada fragmentada, e sem contradições. Já a educação problematizadora considera os educandos investigadores críticos, ao invés de dóceis recipientes que servem para depósito. Além de produzir novos conhecimentos, diferentes entendimentos, faz com que estes se sintam desafiados. Está centrada no aprendiz que é responsável pela construção do seu próprio saber, estimula a criticidade, o professor é mediador do processo ensino-aprendizagem, a relação professor aluno é horizontal, a aprendizagem é significativa, considera a realidade histórica e contraditória, é democrática, emancipatória e libertária (FREIRE, 1987, 2008).

Uma “ação libertadora”, para Freire (2006, p. 98), é uma ação que reconhece a dependência e utiliza a reflexão e a ação para transformá-la em independência.

Heidemann (2006), ao descrever o referencial teórico libertador de Freire, diz que as aproximações, os encontros e o diálogo com os participantes integram o seu método de trabalho e sua proposta emancipatória de busca a transformação da realidade, Freire propõe autonomia dos sujeitos e diálogo permanente sobre situações concretas. Não “exclui o poder ou diferenças de experiências ou conhecimentos” (HEIDEMANN, 2006, p 88) e, ao mesmo tempo, valoriza e tenta superar as contradições.

Ao partilharmos do pensamento de Freire, questionamos a educação como uma ação em que uma pessoa acrescenta à outra novos conhecimentos partindo do pressuposto de que esta nada dispõe, acreditamos na eficácia da educação em aleitamento materno praticada nos alojamentos conjuntos como ação de construção e transformação de conhecimentos, onde os participantes são chamados a conhecer e não a memorizar, onde o diálogo autêntico promova o empoderamento. A partir então desta reflexão, nos perguntamos: Quais são as possibilidades e limitações para a prática do aleitamento materno identificadas por puérperas e acompanhantes nos círculos de cultura?

Por perceber aproximação com nosso pensamento e acreditando ser uma adequada forma de praticar educação em saúde, buscamos Paulo Freire, como referencial teórico-metodológico, para direcionar as práticas educativas em aleitamento materno desenvolvidas com grupos de puérperas e acompanhantes no alojamento conjunto. Nesta concepção, o conhecimento não advém de um mero ato de doação em que o educador faz ao educando, mas sim através de um processo que se concretiza no contato do homem³ com o mundo vivenciado de forma dinâmica e em transformação contínua. Sustentada em outra concepção de homem e de mundo a relação vertical é superada estabelecendo-se a relação dialógica. O diálogo pressupõe troca, os homens se educam em comunhão mediatizados pelo mundo. Deste processo resulta um conhecimento crítico, por ser construído de uma forma autenticamente reflexiva, trazendo implicações no ato constante de desvelar a realidade posicionando-se nela. A construção do saber processada deste modo leva o educando a perceber a necessidade de transformar o mundo, porque assim os homens se descobrem como seres históricos (FREIRE, 1987, 1997, 2008).

Assim, o presente estudo tem como objetivo compreender, em círculo de cultura, as possibilidades e limitações que puérperas e

³ Apesar do aleitamento materno envolver, necessariamente, a mulher, algumas vezes utilizamos homem, por ser assim o termo utilizado pelo autor escolhido.

acompanhantes identificam para a prática do aleitamento materno.

Acreditamos que este estudo poderá contribuir para a melhoria do processo de amamentação através do empoderamento da mulher e do seu acompanhante no que se refere ao aleitamento materno. Esperamos também que os resultados deste estudo tragam colaborações para a formação dos profissionais e assim, ocasionem mudanças de atitude dos mesmos no que se refere ao desenvolvimento de atividades educativas de aleitamento materno para as puérperas e seus acompanhantes no alojamento conjunto.

2 REVISÃO DE LITERATURA: CONHECENDO MELHOR O TEMA

Ao fundar-se no amor, na humildade, na fé nos homens, o diálogo se faz uma relação horizontal, em que a confiança de um pólo a outro é consequência óbvia. (FREIRE, 2009, p. 94).

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa. Este tipo de revisão visa descrever e discutir o “estado da arte” de um determinado assunto, faz uma análise da literatura publicada em livros e artigos de revistas com a interpretação e análise pessoal do autor. Utiliza o resultado da pesquisa de outros autores para fundamentar os seus objetivos. Uma das vantagens de realizar uma revisão narrativa é que esta possibilita aquisição e atualização de conhecimentos sobre algum tema em pouco tempo. Porém, a revisão narrativa não possui uma metodologia que permita a reprodução dos dados de pesquisa e, sendo qualitativa, não responde a questões específicas e quantitativas (ROTHER, 2007).

Este capítulo foi subdividido em aleitamento materno e educação, no primeiro trazendo os aspectos históricos e políticos e a relação do aleitamento materno com a educação, e no segundo a relação dos profissionais da área da saúde com a educação.

Objetivamos encontrar e discutir as publicações encontradas sobre o tema e buscar as evidências disponíveis nos artigos recentes a fim de esclarecer quantos e quais são os artigos que abordam atividades educativas em alojamento conjunto sobre aleitamento materno, qual a relação que estes artigos fazem com a enfermagem, qual a referência ao tipo de atividade realizada e assim identificar as atividades com grupos e as tendências pedagógicas utilizadas.

Realizamos uma pesquisa dos artigos publicados em bases de dados no período de dezembro de 1998 e dezembro de 2008, que abordam práticas educativas em aleitamento materno, em instituições de saúde, no período puerperal. As bases de dados pesquisadas foram: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), BDEF (Base de Dados de Enfermagem) e também as bibliotecas eletrônicas SciELO (Scientific Electronic Library Online), PAHO

(Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde), WHOLIS (Sistema de Informação da Biblioteca da Organização Mundial de Saúde). Foram incluídos os artigos relacionados a atividades educativas em alojamento conjunto e foram excluídos artigos que não fazem esta relação. Os descritores utilizados foram: aleitamento materno, educação em saúde e alojamento conjunto.

Na busca dos artigos publicados, de acordo com os descritores de assunto, encontramos 62 artigos, destes 06 na base de dados LILACS, 02 na Medline, 03 na biblioteca SciELO, 14 na PHO, 26 na BDENF e 11 no WHOLIS.

Ao realizar a seleção dos publicados nos últimos dez anos nas bases de dados e biblioteca, descritas anteriormente, foram reduzidos a 31. Percebemos também que muitos estavam repetidos, algumas vezes na mesma base de dados ou biblioteca. Excluindo-os, restaram 16.

Posteriormente excluídos os documentos que não classificados como artigos, como manuais e relatórios, restaram 14. Os restantes foram submetidos à análise dos resumos e alguns, ainda, do texto completo para embasar com segurança a inclusão ou a exclusão do artigo. Identificamos então que apenas 03 referiam-se a atividades educativas no alojamento conjunto incluindo o aleitamento materno.

Na subdivisão aleitamento materno e educação trazemos o comentário sobre os artigos encontrados.

2.1 ALEITAMENTO MATERNO

2.1.1 Aspectos históricos e políticos

A amamentação sempre representou a maneira natural de se alimentar os filhos, porém, no início do século XX, a alimentação ao seio deu lugar à alimentação industrializada, devido a mudanças sociais, onde a mulher passou a assumir outros papéis além de esposa e mãe (VIEIRA, 2002).

Rego (2001) destaca que, no Brasil, a defesa da lactação era realizada isoladamente por alguns profissionais, principalmente depois da Segunda Guerra Mundial, com a evolução da industrialização e da rede de frios e laticínios, onde o aleitamento artificial passou a fazer parte de documentos relacionados à alimentação infantil.

Nos anos 70, a comunidade científica começou a voltar-se para o estudo da amamentação, e conseqüentemente concluindo que, pela sua superioridade em relação ao uso da alimentação industrializada, havia necessidade de retomar o incentivo desta prática. Concluindo também que o aleitamento materno é comportamental e não instintivo, tornou-se evidente que a atuação da equipe de saúde como suporte às mulheres no período pós-natal, é fundamental para o sucesso deste processo (VIEIRA, 2002).

Em 01 de agosto de 1990, diversas organizações internacionais e representantes dos governos de 40 países, inclusive do Brasil, estiveram reunidos em Florença, Itália, onde elaboraram a Declaração de Innocenti sobre a promoção e o apoio à amamentação. Por esta declaração os participantes se comprometeram em promover o aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro a seis meses de vida e a continuidade da amamentação até o segundo ano de vida da criança ou mais (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1992).

No mesmo ano, em Nova Iorque, na Reunião de Cúpula Mundial em favor da Infância, o Brasil comprometeu-se em diminuir a mortalidade infantil. Sendo assim, definiu metas para a década:

- Tornar a metade dos hospitais, com mais de 1.000 partos/ano, em Hospitais Amigos da Criança (HAC) até o ano de 1995;

- Aumentar a amamentação exclusiva no mínimo em 30% nos primeiros 6 meses de vida quando comparados aos índices da década de 80;

- Acabar com distribuição gratuita de substitutos do leite materno nos serviços de saúde (BRASIL, 1997).

Para modificar as rotinas hospitalares inadequadas, em 1990 o Brasil, através do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), deu os primeiros passos para implantar a IHAC no País, surgindo, em 1992, os primeiros Hospitais Amigos da Criança (ARAÚJO, 2002).

Nesta perspectiva, entre outras medidas, foi amplamente distribuído pelo Ministério da Saúde o manual de treinamento da equipe de cuidados de saúde da IHAC, este, quando traz a Política Nacional para Práticas de Alimentação Infantil da República do Quênia, se refere à educação para puérperas dizendo que: "As mães devem ser informadas a respeito do aleitamento materno exclusivo [...]" (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1993, p. 165).

Enalteçemos o empenho do Brasil no incentivo ao aleitamento materno e testemunhamos os bons resultados que o país tem colhido

durante os últimos anos, porém em nosso entendimento, o verbo "informar" define muitos dos trabalhos educativos em aleitamento materno, a participação é pouco oportunizada à mulher e ao seu acompanhante. As formas de transmitir o conhecimento, na maioria das vezes, são palestras, onde o conhecimento é repassado segundo a visão do palestrante. É também comum a distribuição de material informativo, citando as vantagens do aleitamento e o que a mulher pode ou não fazer para ter sucesso na amamentação.

2.1.2 Aleitamento materno e educação

Souza e Almeida (2005) questionam a eficiência dos modelos de geração de informação utilizados nos últimos anos e ainda hoje na prática da amamentação. A metodologia da transmissão, apesar de informar, se torna incapaz de formar, de promover mudança de atitude. Relembrem, assim, o método utilizado na rede básica de saúde, onde normalmente é usado um álbum seriado e um profissional transmite o seu saber cientificamente embasado e normalmente distanciado das experiências e necessidades dos clientes.

O resgate da habilidade para amamentar é referido por Rozário e Zagonel (2000, p. 401) como uma prática que necessita “ser reaprendida e intensamente apoiada” e considera importante lembrar que nem todas as mulheres recebem orientações adequadas “para o completo entendimento e a assimilação.”

Garcia-Montrone e Rose (1996) em estudo, que avaliou a eficácia de um programa educacional relacionado ao aleitamento materno e a estimulação do bebê, afirmam que é preciso propor estratégias de educação que envolvam tanto a divulgação das informações sobre a importância do aleitamento materno quanto as formas e técnicas adequadas para amamentar, formas de superar as dificuldades e de associar a amamentação com os papéis representados na sociedade.

Minayo e Coimbra Jr. (2005) indagam sobre a teoria educativa que sustenta os trabalhos de educação em saúde e afirmam que continuamos ignorantes, e com o tempo nos damos conta de que a população muitas vezes persiste em condutas consideradas negativas para a saúde e acabamos qualificando esta de apática e pouco colaborativa. Em poucos casos se reconhece que as concepções e práticas de saúde são diferentes, bem como não se dá peso suficiente às

condições de trabalho e de vida que limitam a mudança de estilo de vida. Quanto às ações de educação em aleitamento materno, Pinto e Vítolo (1996, p. 18) acreditam que os “fatores emocionais, ambientais e culturais” influenciam na incorporação do que é transmitido e assim tornam esta prática desafiadora.

A necessidade de que o profissional tenha habilidade em aconselhamento, e não apenas conhecimento relacionado à amamentação, é levantada por Giugliani (2000), quando destaca técnicas e atitudes essenciais para ajudar a mulher na tomada de decisão, como empatia, saber ouvir e aprender e desenvolver confiança e apoio.

Vemos o avanço do aconselhamento em aleitamento materno como extremamente positivo. Acreditamos que a habilidade do profissional está relacionada à sua formação, que também ocorreu de forma transmissiva, levando a dificuldades em realizar práticas diferentes das aprendidas. Já em 1981, Hirata, ao publicar uma proposta de trabalho com grupo de mulheres para troca de experiências sobre aleitamento materno, lembra a importância do preparo profissional, neste caso da enfermagem, para interagir com a mulher, família e comunidade viabilizando e promovendo a conscientização para esta prática (HIRATA, 1981).

Ao falar de aconselhamento em amamentação, King (2004), apesar de direcionar para o aconselhamento individual das mães, refere-se a palestras de educação e saúde em clínica materno-infantil, salientando que o profissional ao realizar uma palestra deve fazer uma discussão e não uma conferência, dar abertura para que as mães façam perguntas, tentar respondê-las e ficar atento aos relatos de experiência, compreendendo suas razões.

Para Freire (2005), a base da organização do conteúdo programático da educação ou da ação política se faz partindo da condição presente, existencial e concreta. As situações como problema exigem respostas que reflitam as aspirações do povo. O papel dos educadores é de dialogar com o povo sobre a visão do mundo, do povo e nossa, quando não agem assim, muitas vezes os educadores e também os políticos não são entendidos, já que por uma comunicação eficiente, ambos teriam que conhecer as condições reais de formação do pensamento e linguagem do povo.

Na enfermagem, Freire tem contribuído significativamente para uma educação reflexiva, buscando a crítica e problematização através do diálogo, contra a hegemonia do monólogo e com conceitos pré-estabelecidos. Entendendo quem é o educando, valorizando sua cultura, criando relações sociais e humanas que busquem consciência crítica

através de um processo "prático" ético e interdisciplinar. (MIRANDA; BARROSO, 2004).

Pensando na qualidade da assistência, Fonseca et al. (2000) afirmam que no alojamento conjunto existe espaço para atividades educativas e que os profissionais não podem ficar paralisados diante das dificuldades e esperando "que mudanças macro-estruturais e sociais" (FONSECA et al., 2000, p. 302) aconteçam para só após ter criatividade e iniciativa. A melhoria da qualidade da assistência é reafirmada no estudo de Pinto et al. (1998) ao concluir que os métodos de intervenção utilizados, tanto individual como grupal, foram importantes no aumento do conhecimento das puérperas sobre os temas abordados, entre eles o aleitamento materno. Na revisão sistemática realizada por Dyson, McCormick e Renfrew (2008) que avaliou a efetividade das intervenções de estímulo ao aleitamento materno de acordo com o número de mulheres que iniciaram o aleitamento de seus recém-nascidos, dos cinco estudos encontrados, apenas um avaliou o efeito da educação em saúde com intervenção pós-natal e, revelou aumento significativo nas taxas de início da amamentação. Neste estudo as intervenções educativas foram voltadas para o interesse dos participantes e consistiram em duas a quatro sessões de 10-15 minutos no pré-natal, rondas diárias realizadas por uma consultora de amamentação durante a internação pós-parto e um contato telefônico 48 horas após a alta hospitalar e, ainda, a presença desta consultora durante as consultas de acompanhamento até um ano de vida ou até o desmame se este ocorresse primeiro.

A seguir trazemos o resultado da busca de artigos, conforme descritores e critérios citados anteriormente. Ressaltamos que encontramos apenas dois que tratam da enfermagem no processo educativo em aleitamento materno.

O primeiro artigo encontrado foi de Rozário e Zagonel intitulado: Proposta de cuidar com enfoque educativo às mães em aleitamento materno, disponível nas bases de dados LILACS e BDENF, nesta por duas vezes, e ainda na biblioteca SciELO, publicado na Revista Brasileira de Enfermagem. Nesta publicação, Rozário e Zagonel relatam a implementação de uma proposta de cuidar com enfoque educativo às mães em aleitamento materno, envolvendo a equipe de enfermagem da unidade de alojamento conjunto. Destacam a importância da enfermagem no trabalho de aleitamento materno como "co-participante no cuidado humano" oferecendo a possibilidade da mulher progredir na conscientização da promoção e manutenção da lactação (ROZÁRIO;

ZAGONEL, 2000, p. 404).

O estudo de Rozário e Zagonel (2000) enfatiza a importância da atividade educativa para o aleitamento materno, porém referem-se à atividade de palestra como fornecendo esclarecimento e auxílio às mães, mas, que resultam em um conhecimento desigual. No trabalho desenvolvido, promoveram reflexão com a equipe do Alojamento Conjunto, onde se discutiu a alteração da rotina para instituir a também a orientação individual. Trabalharam com a sensibilização da equipe para modificar as práticas e assim perceberam motivação para o início da orientação individual como forma de modificar as ações de educação em saúde no puerpério. As autoras citam a realidade em que atuam, descrevem o material utilizado nas reuniões de grupo no alojamento conjunto e destacam a importância de ser realizada uma atividade de grupo reflexiva. Rozário e Zagonel (2000) citaram Paulo Freire, mas guiaram-se pelo referencial de Watson.

O segundo artigo encontrado foi de Fonseca et al intitulado: Utilizando a criatividade na educação em saúde em Alojamento Conjunto neonatal: opinião de puérperas sobre o uso de um jogo educativo, disponível nas bases de dados LILACS e BDENF, nesta por três vezes, e ainda na biblioteca SciELO, publicado na Revista Brasileira de Enfermagem. Fonseca et al (2000) descrevem a vivência do enfermeiro na aplicação de um jogo educativo como forma de dinamizar o processo de ensino-aprendizagem com as puérperas do alojamento conjunto, propõem a modificação da prática, utilizaram uma atividade lúdico-pedagógica sobre aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido com puérperas do Alojamento Conjunto. Na publicação descrevem o material utilizado, os conteúdos e a forma de utilização do jogo, com as regras e a organização dos participantes e ressaltam a importância da utilização de novas estratégias como esta no desenvolvimento da educação em saúde. Não apresentam referencial teórico que embasou o estudo, apenas citam a análise de conteúdo como técnica de análise dos dados.

O terceiro artigo encontrado foi o de Pinto et al: Estudo comparativo entre diferentes abordagens educativas no sistema de Alojamento Conjunto, disponível na base de dados LILACS, publicado na Revista de Ciências Médicas. Não identificamos relação com a enfermagem no estudo realizado por Pinto et al (1998), que comparou a eficiência de duas ações educativas no Alojamento Conjunto. Os autores desenvolveram um estudo quantitativo, prospectivo, onde aplicaram um questionário às puérperas, contendo questões relacionadas aos aspectos básicos do aleitamento materno, desenvolvimento do recém-nascido e

puericultura. As puérperas participantes foram divididas em três grupos, conforme a estratégia de ensino utilizada, apesar de não descrever detalhadamente a estratégia, cita as diferenças entre elas: orientações individuais realizadas junto ao leito, orientação para alta realizada em grupo e no grupo controle e as que não receberão orientações.

Mesmo não fazendo parte de nossa seleção de acordo com os critérios descritos, destacamos a pesquisa de Garcia-Montrone e Rose (1996) que realizaram uma avaliação preliminar da eficácia de um programa de incentivo ao aleitamento materno e técnicas de estimulação do bebê. Esta pesquisa foi experimental, comparando dois grupos, um que participou de um curso de aleitamento materno e estimulação do bebê realizado no posto de saúde, ou de outro que abordava cuidados gerais com o bebê realizado no domicílio. Apesar das atividades educativas não serem realizadas no alojamento conjunto, o estudo descreve a metodologia do programa nos diferentes grupos.

Também Rezende (2002), em artigo de atualização sobre o processo de comunicação em aleitamento materno, não se refere especificamente às atividades educativas no alojamento conjunto, porém faz uma reflexão sobre a importância da comunicação centrada na pessoa como principal recurso que os profissionais de saúde podem utilizar para um processo saudável de amamentação.

2.2 EDUCAÇÃO

A educação faz parte da vida de todos nós, está em todos os momentos. Desde o nascimento, ou melhor, desde a concepção, aprendemos diariamente com a vida, ela nos ensina e ao mesmo tempo ensinamos. Brandão (1989, p. 7) diz que “ninguém escapa da educação”, que nos espaços de convivência, como igreja, escola e outros acabamos nos envolvendo com ela “para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver [...]”. Questiona se este envolvimento é com uma ou várias educações, preferindo a utilização no plural por entender que a educação pode ter concepções diferentes dependendo do meio onde está inserida.

Entendemos que não existe uma única forma de praticar educação, que os modelos de educação variam dependendo dos grupos sociais onde os sujeitos estão inseridos. A carta enviada por um grupo de indígenas a governantes norte-americanos após a assinatura de um

tratado de paz, através da qual receberam um convite para que enviassem alguns jovens para estudar nas escolas dos brancos, nos exemplifica esta situação:

[...] Nós estamos convencidos, portanto, que os senhores desejam o bem para nós e agradecemos de todo coração.

Mas aqueles que são sábios reconhecem que diferentes nações têm concepções diferentes das coisas e, sendo assim, os senhores não ficarão ofendidos ao saber que a vossa idéia de educação não é a mesma que a nossa.

[...] Muitos dos nossos bravos guerreiros foram formados nas escolas do Norte e aprenderam toda a vossa ciência. Mas, quando eles voltavam para nós, eles eram maus corredores, ignorantes da vida da floresta e incapazes de suportarem o frio e a fome. Não sabiam como caçar o veado, matar o inimigo e construir uma cabana, e falavam a nossa língua muito mal. Eles eram, portanto, totalmente inúteis. Não serviam como guerreiros, como caçadores ou como conselheiros.

Ficamos extremamente agradecidos pela vossa oferta e, embora não possamos aceitá-la, para mostrar a nossa gratidão oferecemos aos nobres senhores de Virgínia que nos enviem alguns dos seus jovens, que lhes ensinaremos tudo o que sabemos e faremos, deles, homens (BRANDÃO, 1989, p. 8).

A carta retrata algumas questões importantes e ainda atuais na discussão sobre educação. Os movimentos da educação acompanham os momentos históricos, estes movimentos refletem na forma como ela se processa nos grupos populacionais, como é construída ao longo do tempo e como é resultado da interação ou não com outros grupos.

Servindo como referência, as tendências pedagógicas influenciam as práticas educacionais formais e informais, são as bases para a atuação de alunos, professores e do funcionamento das instituições de ensino. O conhecimento e a reflexão sobre o tema auxiliam na reorganização de nossa prática e a fazer nossa opção.

Bordenave (1994) acredita que todos os processos educativos, seus meios e métodos têm como base uma pedagogia, ou seja, uma concepção de como se deseja que os indivíduos aprendam e modifiquem

o comportamento a partir do que aprendem.

Para tanto, a educação precisa acompanhar as mudanças sociais, políticas e econômicas vivenciadas pela sociedade atual com a grande velocidade de transformações com que o ser humano convive atualmente, a evolução tecnológica e o estilo de vida atual não permitem adaptação a uma pedagogia que incute conhecimentos prontos, o que não é construído em conjunto está sendo cada vez mais desvalorizado pela sociedade atual.

Para Delors (2000), como resposta às exigências do nosso tempo, é imprescindível que os planos de reforma educacionais, sejam eles nacionais ou internacionais, estejam voltados para responder as necessidades individuais, a aplicação de recursos financeiros deve ser racional e objetivar a excelência.

As incertezas que resultam das mudanças repentinas e do crescimento veloz do conhecimento são citadas por Reibnitz e Prado (2006) ao justificar a necessidade dos profissionais de saúde em buscar novos referenciais de educação que se adaptem a estes novos tempos, sem medo de ousar, de correr riscos e de errar.

2.2.1 Profissional da saúde e educação

É indiscutível o espaço que a educação cada vez mais tem ocupado na vida das pessoas, seja formal ou informal, ela está presente em toda a sociedade e sua necessidade cresce a cada dia. Na área da saúde a educação se mostra essencial no trabalho dos profissionais que precisam estimular o indivíduo, sua família e comunidade na busca contínua de saúde.

Toda prática profissional requer uma formação ao longo da vida, neste contexto, Backes et al (2005) afirmam que no caso dos trabalhadores da área da saúde este requisito deve ser atendido ao máximo, já que o objeto de sua ação é o ser humano.

Assim, entendemos que o “professor” deve atuar de forma coerente com o que ele deseja da formação, propiciar uma formação que estimule a reflexão, a crítica e a autonomia, para desta forma atuar na profissão. No caso da saúde é necessário reconhecer que ser educador vai além de ser enfermeiro, médico, nutricionista entre outros, atualmente estes profissionais recebem uma formação predominantemente técnica. No caso específico da enfermagem, a

educação se dá em vários níveis e momentos da atuação profissional, tanto no trabalho diário ligado mais diretamente à assistência, como na educação formal quando o enfermeiro exerce a função de docente. Ressaltamos que a enfermagem não forma professores e por isso é tão difícil os enfermeiros, quando docentes, se autodenominarem somente professores.

Referente ao ensino na área da saúde, Brasil (2002b) destaca a interdisciplinaridade e a intersetorialidade como indispensáveis ao ensino na saúde e entende que a primeira deve estar presente na organização dos conhecimentos reunindo aspectos teóricos e metodológicos que preparem o educando para abordar os problemas de acordo com uma visão transformadora.

Consideramos extremamente importante que o profissional de saúde tenha a capacidade de inovar, criar, levar o indivíduo a refletir, manter-se ao mesmo nível, propiciar o diálogo e enquanto educador privilegiar a busca, o acesso, a oportunidade e não o domínio total do conhecimento.

Preocupado com a atividade de docência Philippe Perrenoud (2000, p. 20) delineou dez grandes famílias de competências para ensinar:

- Organizar e dirigir situações de aprendizagens;
- Administrar a progressão da aprendizagem;
- Conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação;
- Envolver os alunos em sua aprendizagem e em seu trabalho;
- Trabalhar em equipe;
- Participar da administração da escola;
- Informar e envolver os pais;
- Utilizar novas tecnologias;
- Enfrentar deveres e dilemas éticos da profissão;
- Administrar a sua própria formação contínua.

Apesar das competências definidas por Perrenoud serem direcionadas para a educação formal, podemos traçar um paralelo com a área da saúde mesmo nas situações de educação não formal. A saúde e a educação são vista por Kleba (1999, p. 127) como elementos indispensáveis à vida humana, como “processos que possuem dimensões individual e coletiva, enquanto vivenciados de forma pessoal, porém determinados em relações socialmente estabelecidas”. Minayo (1994) entende que para que ocorra um aprendizado da saúde em toda a sua

dimensão, é necessária a articulação de saberes que englobem a dimensão social, psicológica e biológica.

Para trabalhar com práticas pedagógicas significativas, acreditamos que a articulação dos saberes pode ser conseguida através de práticas integradas, colaborativas desde que o saber do sujeito faça parte deste sistema de integração. Freire (2008) defende uma educação de caráter reflexivo, com o constante desvelamento da realidade, afirma que à medida que os educandos problematizam, se sentem desafiados e com a necessidade de responder ao desafio. Neste processo de resposta, vão se reconhecendo e se comprometendo, se engajando. Acredita que nosso papel é dialogar com o sujeito sobre a nossa visão de mundo e sobre a dele, jamais impondo a nossa visão.

Boehs et al. (2007, p. 313) recomendam que é essencial que os círculos de cultura de profissionais e clientes adquiram força através de “diálogos genuínos e sistemáticos”, permitido ao cliente entender os códigos da saúde e criando oportunidades para que este possa tomar as próprias decisões.

Creemos que esta força promove reflexão crítica dos profissionais sobre a educação na área da saúde com conseqüente mudança de atitude dos profissionais, levando estes a se diferenciar dos que costumam utilizar práticas tradicionais, pouco críticas e reflexivas, para levar a população a realizar os cuidados com a saúde que estes mesmos profissionais consideram adequados, a partir do que acreditam. Apesar da predominância do modelo linear de educação na área da saúde, Alvim e Ferreira (2007) afirmam que já existem muitas iniciativas orientadas para a valorização da participação e da autonomia dos sujeitos. Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010) em estudo bibliográfico realizado sobre o tema, concluíram que o modelo tradicional, no qual o profissional é o detentor do saber, está enraizado nas atividades educativas em saúde, porém afirmam que o modelo dialógico começa a ser cada vez mais conhecido pelos profissionais e assim, mais praticado. Partilhamos do pensamento destes autores quando consideram ser possível a mistura dos dois modelos na tentativa de superar o tradicional, já que este ainda é o que domina as práticas educativas em saúde.

Concordamos com Langdon (2003) quando afirma que são necessárias atitudes reflexivas a respeito dos saberes e práticas biomédicas, só assim podemos atingir um patamar de redução da doença e aumento da cura. É considerando o contexto social e cultural que iremos descobrir as verdadeiras causas e, agindo sobre elas, teremos

melhores resultados.

Em revisão de literatura sobre as tendências da produção científica na educação em saúde no Brasil, Vila e Vila (2007) revelam a importância de propostas educativas voltadas para as necessidades da população e que estas sejam apoiadas no diálogo, na reflexão, na crítica, no envolvimento e na conscientização. Destacam também o crescimento das práticas educativas aplicadas às práticas profissionais em saúde e relatam que o Brasil conta com profissionais cada vez mais preparados para desenvolvê-las.

Ressaltando o importante papel da enfermagem na educação em saúde, Chagas et al (2009) concebem que o cuidado pautado na criticidade e na criatividade, apesar de parecer simples, não é tarefa fácil, sendo, muitas vezes, desvirtuado com a adoção de estratégias desinteressantes e ineficazes. Acreditam que a educação em saúde faz parte do cuidado de enfermagem e reconhecem a histórica transmissão do conhecimento em suas atividades educativas, porém percebem a mudança de paradigma onde a visão reducionista e positivista da educação em saúde dá lugar a uma visão crítica e criativa que possibilita a integração da educação e da saúde na busca da cidadania.

Em contrapartida, uma revisão de literatura de artigos sobre educação em saúde publicados na Revista Brasileira de Enfermagem de 1995 a 2005, mostrou que os profissionais enfermeiros, apesar de apresentarem maior participação nas atividades educativas na opinião das autoras, são os que menos publicam suas práticas. (CARVALHO, CLEMENTINO, PINHO, 2008). Pesquisa semelhante, realizada por Guedes, Silva e Freitas (2004), buscou as dissertações e teses na temática de educação em saúde produzidas por enfermeiros no Brasil e publicadas no período de 1979 a 1999. Já estas autoras identificaram a preocupação dos enfermeiros em realizar estudos sobre educação em saúde, porém consideram que os profissionais enfermeiros precisam ser mais preparados para esta tarefa de investigação.

Acreditamos que a educação é papel primordial do profissional enfermeiro e que se desenvolve de forma dialógica e libertadora, contribui significativamente para a mudança da relação "profissional-paciente" e conseqüente emancipação dos indivíduos. Mas corroboramos com Ramos (1999) que vê as ações educativas como parte integrante do trabalho da enfermagem e da área da saúde e não como um trabalho exclusivo de um profissional, autônomo e isolado. Ao afirmar que a educação em saúde está presente em muitas situações do dia-a-dia da enfermagem, Wall (2001) entende que este profissional deve procurar alternativas de suporte, que coloquem o enfermeiro e o

“paciente” em “posição de aprendentes, no qual o conhecimento de cada pessoa é valorizado, num processo de ensino-aprendizagem em que existem tempo e espaço para trocas e todos são sendo fortalecidos.” (WALL, 2001, p. 2).

Para Alvim e Ferreira (2007), a mudança do pensar e do fazer dos enfermeiros está associada ao resgate da cidadania dos indivíduos incorporado ao trabalho de educação popular em saúde, implicado em uma ação dialógica mediante a modificação de práticas e saberes que resultarem desta ação.

Neste sentido e embasadas em Freire, Saupe, Brito e Giorgi (1998) trazem a relação de diálogo como capaz de propiciar o desenvolvimento dos indivíduos, onde o conhecimento é adquirido através de uma troca com respeito à individualidade, às crenças e aos valores. Na tentativa de propiciar esta troca e buscando assim promover a integração entre os indivíduos, a saúde tem lançado mão do trabalho com grupos. Souza et al (2005) acreditam que o trabalho com grupos é uma ferramenta importante para a conscientização. Para estes autores, no grupo, aparecem possibilidades a partir da troca de conhecimentos que são frutos de experiências e assim, em conjunto, os integrantes podem perceber a força que possuem para realizar ações concretas.

Apesar de não ser comum o trabalho de educação em saúde com grupos no âmbito hospitalar, as unidades de alojamento conjunto das maternidades se destacam nas práticas de educação em saúde e, para isto, costumemente se utilizam da educação com grupos. Neste sentido evidenciamos o estudo realizado por Fonseca, Scochi e Mello (2002) que buscaram uma atividade inovadora utilizando um jogo educativo na construção do conhecimento das puérperas, facilitando e dinamizando o processo de ensino-aprendizagem.

A revisão de literatura apresentada neste capítulo mostra a importante contribuição das publicações em aleitamento materno e educação em saúde na atualidade e nos oferece a noção das publicações existentes sobre o tema, reafirmando a relevância deste estudo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO: EMBASANDO O ESTUDO

Quanto mais somos capazes de desvelar a razão de ser de por que somos como estamos sendo, tanto mais nos é possível alcançar também a razão de ser da realidade em que estamos, superando assim a compreensão ingênua que dela possamos ter. (FREIRE, 1982, p. 88).

Referencial teórico ou marco teórico para Trentini e Paim (2004) é a abordagem que sustenta a construção do problema de pesquisa, a interpretação, a análise e a discussão dos resultados, estando em harmonia com o tema e apoiando todas as fases da pesquisa.

Para dar sustentação teórica ao presente estudo optei por utilizar os princípios teóricos da Pedagogia Libertadora do educador Paulo Freire, o qual defende uma pedagogia mediadora entre a teoria e a prática, e a educação como um processo dialógico, construído a partir da interação entre o indivíduo e o mundo. Tal escolha está sustentada na crença de que a concepção pedagógica tradicional adotada no processo ensino-aprendizagem (pedagogia da transmissão e por condicionamento, também amplamente conhecida como bancária), pelos profissionais de enfermagem nas práticas educativas desenvolvidas no alojamento conjunto, pode resultar numa abordagem reducionista, fragmentada e descontextualizada, contribuindo pouco ou quase nada para a aprendizagem significativa dos atores envolvidos. Sob esta ótica e entendimento, ela parece não propiciar o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos, atitudes e competências de maneira adequada, uma vez que se dá de forma verticalizada e hierarquizada, não admitindo o diálogo, sem levar em conta os saberes prévios dos envolvidos, o contexto social, histórico e político em que estão inseridos, entre outros aspectos.

A filosofia de educação de Freire, ao contrário, destaca a conscientização e o diálogo como elementos fundamentais para que haja a emancipação dos indivíduos. Sua pedagogia libertadora busca transformações dos sujeitos através da práxis: ação-reflexão-ação. Nos últimos anos, esta concepção tem sido incorporada à Pedagogia de Educação em Saúde, e de modo especial, à Enfermagem. Isto é evidenciado no estudo desenvolvido por Cabral (2001) que revela que 3,1% das teses e dissertações, nas quais os resumos foram catalogados

pela ABEn/CEPEEn, no período de 1995 a 1999, utilizaram o referencial teórico de Freire.

Concordo com Paulo Freire quando refere que a ação educativa, que alia o conhecimento da população ao conhecimento científico, é um potente instrumento para a modificação da realidade, no caso desta pesquisa, desenvolvendo a emancipação e o empoderamento das mães e acompanhantes frente ao aleitamento materno.

Assim, neste capítulo, apresento inicialmente uma breve biografia do educador, bem como abordo elementos conceituais de sua pedagogia. Em seguida, apresento o marco conceitual que elaborei a partir das idéias de Paulo Freire, adaptado à situação específica da presente pesquisa, precedido pela apresentação de pressupostos freireanos e pessoais, selecionados.

3.1 O EDUCADOR PAULO FREIRE: BREVE BIOGRAFIA

Paulo Reglus Neves Freire nasceu em Recife, Pernambuco, em 19 de setembro de 1921. De família humilde, foi alfabetizado pelos pais, Joaquim Temístocles Freire e Edeltrudes Neves Freire, com recursos do seu meio. Com eles, aprendeu a importância do respeito e do diálogo que procurou praticar com sua família e com todas as pessoas (GADOTTI, 1996).

Formou-se em Direito, porém, não exerceu a profissão por opção pessoal. Com o apoio da primeira esposa, a professora primária Elza Maria Costa Oliveira, dedicou-se ao ideal da educação e da alfabetização. Com Elza, teve cinco filhos. Com sua morte, casou-se com Ana Maria Araújo, ex-aluna e que continua divulgando seu trabalho.

Trabalhando com educação popular criou os círculos de cultura e desenvolveu, em 1962, um método de educação de adultos, com que alfabetizou trezentos trabalhadores rurais em quarenta e cinco dias.

Com o golpe militar, em 1964, foi para o exílio, passando por vários países como Bolívia, Chile, Guiné-Bissau, Moçambique, Suíça e Estados Unidos. Nestes países continuou trabalhando com educação e escreveu livros como Pedagogia do Oprimido.

Em 1969 foi docente na Universidade de Harvard (Estados Unidos) e, na década de 1970, foi consultor do Conselho Mundial das Igrejas (CMI), em Genebra/Suíça. Nesse período prestou consultoria

educacional a governos de países pobres, a maior parte no continente africano, que viviam um processo de independência. Juntamente com outros brasileiros exilados, em Genebra, criou o IDAC (Instituto de Ação Cultural), com o objetivo de assessorar diversos movimentos populares, em diferentes partes do mundo.

Em 1979, após dezesseis anos, ao retornar ao Brasil, deu continuidade às suas atividades de escritor e debatedor. Publicou dois livros considerados como fundamentais em sua obra: *Pedagogia da Esperança* (1992) e *À Sombra desta Mangueira* (1995). Em 1989 assumiu cargos em universidades - Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), e ocupou, ainda, o cargo de Secretário Municipal de Educação da Prefeitura de São Paulo, na gestão da Prefeita Luisa Erundina, do Partido dos Trabalhadores (PT) (GADOTTI, 1996).

Em 1991 foi um dos criadores do Instituto Paulo Freire, que tem por objetivo dar continuidade e reinventar seu legado.

Suas obras somam 38 livros, o último, “*Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*”, lançado em 1997, foi traduzido em mais de vinte idiomas (FREIRE, 1992, 2005). É reconhecido como um dos grandes pedagogos da atualidade e respeitado mundialmente. Encontra-se um número maior de textos sobre ele, escritos em outras línguas, do que em nossa própria língua. Algumas de suas principais obras: *Educação como Prática de Liberdade*, *Pedagogia do Oprimido*, *Cartas à Guiné Bissau*, *Vivendo e Aprendendo*, *A importância do Ato de Ler*, entre outras não menos importantes.

Em sua vida recebeu várias homenagens, sendo Doutor Honoris Causa por 27 universidades e vários prêmios tais como: *Educação para a Paz* (das Nações Unidas, em 1986) e *Educador dos Continentes* (da Organização dos Estados Americanos, em 1992).

Paulo Freire é considerado um dos maiores e mais significativos educadores do século XX. Apresentou uma síntese inovadora considerada uma das mais relevantes correntes do pensamento filosófico de sua época, como o existencialismo cristão, a fenomenologia, a dialética hegeliana e o materialismo histórico. (GADOTTI, 1996). Sua pedagogia aponta um novo caminho para a relação entre educadores e educandos. Caminho este que consolida uma proposta político-pedagógica elegendo educador e educando como sujeitos do processo de construção do conhecimento, mediatizados pelo mundo, visando a transformação social e a construção de uma sociedade justa, democrática e igualitária. Essa visão esteve aliada ao seu talento como escritor, que o ajudou a conquistar o reconhecimento e a adesão de um

amplo público de pedagogos, cientistas sociais, teólogos e militantes políticos.

O educador faleceu aos 75 anos, no dia 02 de maio de 1997, na cidade de São Paulo, em decorrência de um infarto agudo do miocárdio, deixando uma vasta obra, conhecida e citada nacional e internacionalmente.

3.2 A PROPOSTA PEDAGÓGICA LIBERTADORA DE PAULO FREIRE

Paulo Freire, em suas obras, propõe uma pedagogia libertadora; pedagogia porque coloca a educação como processo possível de ser partilhado com o mundo e com os homens e, libertadora, porque implica na consciência crítica em todo o processo de conhecimento. “Na medida em que os homens criticizam libertam-se na construção e transformação de si mesmos e do mundo.” (HEIDEMANN, 2006, p. 72)

A constante preocupação com a situação de opressão dos homens levou o educador a pensar em uma pedagogia que promovesse o fortalecimento do homem para que conseguisse enfrentar o medo da liberdade. Segundo ele:

Os oprimidos, que introjetam a “sombra” dos opressores e seguem suas pautas, temem a liberdade, na medida em que esta, implicando na expulsão desta sombra, exigiria deles que “preenchessem” o “vazio” deixado pela expulsão com outro “conteúdo” – o de sua autonomia. O de sua responsabilidade, sem o que não seriam livres. A liberdade, que é uma conquista, e não uma doação, exige uma permanente busca. Busca permanente que só existe no ato responsável de quem a faz. Ninguém tem liberdade para ser livre: pelo contrário, luta por ela precisamente porque não a tem. Não é também a liberdade um ponto ideal, fora dos homens, ao qual inclusive eles se alienam. Não é idéia que se faça mito. É condição indispensável ao movimento de busca em que estão inscritos os homens como seres inconclusos. (FREIRE, 2008, p. 37).

Freire entende que a vida humana está além da opressão presente na sociedade. Propõe um comprometimento com a ética de emancipação e libertação dos homens e da sociedade, indo ao encontro com o conceito atual de promoção à saúde por fazer com que a população reflita sobre suas condições de vida e assim possa promover mudanças significativas para sua saúde.

Entendemos que o pensamento crítico leva ao empoderamento emancipando os indivíduos, neste sentido, Freire (2002, p. 24) afirma que o educador deve estar “constantemente advertido” para primar pelo respeito na relação com seus alunos, respeito igual ao que deve ter por si mesmo. Com o diálogo verdadeiro e através da convivência com a diferença, os indivíduos aprendem e o crescem.

Vários são os conceitos trabalhados por Freire em suas obras. Encontramos de forma mais intensa os conceitos de homem, diálogo, cultura, conscientização, transformação, práxis, opressor-oprimido, educação bancária, educação libertadora, emancipação e círculo de cultura (FREIRE, 1987; 2006; 2008).

A filosofia de educação de Freire destaca a conscientização e o diálogo como elementos fundamentais para que haja a emancipação dos indivíduos. Ressalta que para haver diálogo é necessário amor, humildade, fé, esperança e confiança. Segundo (FREIRE, 2008)

O diálogo é o encontro amoroso dos homens que, mediatizados pelo mundo, o “pronunciam”, isto é, o transformam, e transformando-o, o humanizam para a humanização de todos. (FREIRE, 1987, p. 43).

Para Cestari (1999), na teoria freireana, o diálogo é compreendido como a essência da pedagogia libertadora, sendo uma situação gnosiológica e se definindo como a essência do conhecimento.

Freire (1985) descreve educação como comunicação, como diálogo sem a transferência do saber, mas com busca mútua de significar os significados.

De acordo com o pensamento de Freire (1997), a educação pode ser bancária ou problematizadora. Na bancária o educador é o sujeito e os educandos meros objetos. Os educandos, receptáculos vazios, carentes de saber; o educador o ser pensante, que disciplina e informa. Já na problematizadora, ambos são seres históricos, educador e educando aprendem juntos, numa relação "dialógico-dialética".

Ao problematizar, o educador convida os educandos a refletirem

sobre a realidade, partindo das situações vivenciadas e retornando a elas com um pensar crítico. Através da reflexão crítica se constrói o conhecimento e a cultura (FREIRE, 2005).

A tendência, então, do educador-educando como dos educandos-educadores é estabelecerem uma forma autêntica de pensar e atuar. Pensar-se a si mesmos e ao mundo, simultaneamente, sem dicotomizar este pensar da ação. (FREIRE, 2008, p. 82)

Nesta concepção, o conhecimento não advém de um ato de transferência que o educador faz ao educando, mas sim, através da criação de “possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” (FREIRE, 1987, p. 47).

Ancorada em outra concepção de homem e de mundo, supera-se a relação vertical, estabelecendo-se a relação dialógica. O diálogo supõe troca, os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo. E “[...] o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa.” (FREIRE, 2008, p. 79)

Como resultado desse processo, advém um conhecimento que é crítico, porque é obtido de forma autenticamente reflexiva e implica no ato permanente de desvelar a realidade, posicionando-se nela. O saber construído dessa forma percebe a necessidade de transformar o mundo, porque assim os homens se descobrem como seres históricos.

Ao falar de alfabetização o educador coloca que “a alfabetização não pode se fazer de cima para baixo, nem de fora para dentro, como uma doação ou uma exposição mas de dentro para fora pelo próprio analfabeto, somente ajustado pelo educador.” (FREIRE, 1987, p. 72). Por isso procurou um método que servisse também como instrumento do educando. Um método para a alfabetização de adultos, que envolvesse o universo de quem estava para se alfabetizar.

Pensávamos numa alfabetização que fosse ao mesmo tempo um ato de criação, capaz de gerar outros atos criadores; uma alfabetização na qual o homem, que não é passivo nem objeto, desenvolvesse a atividade e a vivacidade da invenção e da reinvenção, características dos estados de procura. (FREIRE, 2006, p. 47).

Nesta tentativa de alfabetização desenvolveu os círculos de cultura, onde os participantes têm encontros e reencontros com o mundo em que vivem, que é comum a todos, sendo o diálogo aquele que promove e leva à crítica. No círculo não há professor e não se ensina, o aprendizado é recíproco, o coordenador aprende com os outros participantes e estes com ele e com todo o grupo (FREIRE, 2008).

A realização de círculos de cultura propostos por Paulo Freire em seu método é um meio viável de promoção à saúde através da problematização e do desvelamento dos temas. Nele, os participantes se dispõem geometricamente em círculo, tendo a possibilidade de olhar um para o outro. O mediador exercita com o grupo o diálogo de questões envolvendo o trabalho, a cidadania, a cultura, a ética, a saúde entre outras. Sua concepção de círculo de cultura é a de espaço democrático, construído com os participantes, onde ao mesmo tempo que os saberes são construídos, a emancipação dos indivíduos é estimulada.

Ao comentar da vocação do homem em ser sujeito, Freire (1987) atrela o seu desenvolvimento à reflexão sobre as condições de espaço e tempo em que está inserido.

A reflexão sobre a sua situação existencial está diretamente relacionada com o emergir da consciência onde o homem deixa de ser mero expectador e compromete-se com a sua realidade.

Ressalta a importância do educador humano e solidário agir em prol da libertação dos homens, afirma que “os homens são pessoas e enquanto pessoas devem ser livres” (FREIRE, 2006, p. 69).

3.3 MARCO CONCEITUAL

Marco conceitual tem sido utilizado como sinônimo de modelo conceitual e marco teórico e é descrito por Neves e Gonçalves (1984, p. 213) como sendo uma “construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação” com a finalidade de dar suporte teórico para o desenvolvimento das diversas etapas do processo de pesquisa.

As estruturas fundamentais das construções teóricas são representadas pelos conceitos. São arquiteturas mentais que refletem a visão de uma determinada realidade, servem para ordenar os objetos e os processos e determinar melhor o que deve ou não ser examinado e construído (MINAYO, 1994). Também pode ser definido como “a

apreensão ou representação intelectual e abstrata da essência de um objeto” (FREITAS, 1989, p. 1078). Para Trentini e Paim (2004, p. 51) “conceitos são abstrações de realidades, embora a realidade seja concreta, o conceito que a representa é sempre abstrato”.

Para Lachman (1993 apud FAWCETT, 2005) os modelos conceituais passaram a existir quando os indivíduos passam a pensar sobre si, estão presentes em todas as áreas e disciplinas, envolvem o que é visto, ouvido, lido e experienciado. Fawcett (2005) define conceitos como palavras que explicam as imagens mentais de um fenômeno. Já King (1988) entende conceito como uma abstração que fornece conhecimento sobre a essência das coisas; coloca como função dos conceitos a organização de informações concretas que são armazenadas na memória como idéias abstratas, dão significado às percepções dos sentidos e representam a realidade de uma pessoa, porém, permitem a generalização.

Os conceitos e idéias de Freire receberam influência do marxismo, do existencialismo ou da fenomenologia.

A seguir apresentamos os pressupostos do educador Paulo Freire e os da autora deste projeto, que deram suporte para a construção dos conceitos que norteiam este estudo.

3.3.1 Pressupostos

3.3.1.1 Pressupostos de Paulo Freire

Pressupostos são compreendidos como enunciados que expressam as crenças valores do autor e que se admitem como certos, sem nenhuma prova ou demonstração (TOMEY; ALLIGOOD, 1999). Paulo Freire (2006, p. 38) apoiou sua filosofia em seis idéias-força, estando todas sob a orientação da primeira:

- 1 - Toda ação educativa deve, necessariamente, estar precedida de reflexão sobre o homem e de uma análise do meio de vida do educando, isto é, a quem o educador quer ajudar a educar.
- 2 - O homem chega a ser sujeito por uma reflexão sobre sua situação, sobre seu ambiente concreto. A educação deve levar o educando a uma tomada de consciência e atitude crítica no sentido de

haver mudança da realidade.

3 - Através da integração do homem com o seu contexto, haverá a reflexão, o comprometimento, construção de si mesmo e o ser sujeito. Essa idéia pode ser dividida em duas outras afirmações:

3.1 - O homem; precisamente porque é homem, é capaz de reconhecer que existem realidades que lhe são exteriores. O homem tem a capacidade de discernimento, relacionando-se com outros seres;

3.2 - Através dessas relações é que o homem chega a ser sujeito. A capacidade de discernir o leva a perceber a realidade por ser externa e a entendo como desafiadora. A resposta que o homem atribui a esse desafio transforma a realidade, sendo original.

4 - À medida que o homem se integrar às condições de seu contexto de vida realiza reflexões e obtém respostas aos desafios que lhe apresentam, criando a cultura.

5 - O homem é criador de cultura e fazedor de história, pois, na medida em que ele cria e decide, as fases vão se formando e reformando.

6 - É necessário que a educação permita que homem chegue a ser sujeito, construir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer relações de reciprocidade, fazer cultura e história.

3.3.1.2 Pressupostos pessoais

A construção do conhecimento efetivamente ocorre quando é realizada de forma dialógica, com participação ativa dos sujeitos, com eles e não para eles. As práticas educativas de grupo são formas efetivas de realizar promoção da saúde, sendo, no alojamento conjunto, essenciais para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

As puérperas e seus acompanhantes são capazes de participar ativamente das reuniões em grupo do Alojamento Conjunto tornando-se sujeitos ativos no processo de construção do conhecimento sobre aleitamento materno e assim, na formação de um novo conhecimento, capazes também de agir sobre a realidade.

A enfermagem é essencial para o desenvolvimento das atividades

educativas de grupo por sua abordagem humana, por manter grande contato com as puérperas e acompanhantes e devido à relativa facilidade em valorizar os conhecimentos e as experiências anteriores. Possui habilidade em ouvir e realiza o cuidado permeado pela humildade e respeito.

3.3.2 Conceitos inter-relacionados

Ser Humano

Para Paulo Freire o ser humano é um ser integral, singular e ao mesmo tempo plural, diversamente rico, de raízes espaço-temporais, ontologicamente inacabado, sujeito por vocação, capaz de discernir, de transcender; pensar, agir, querer e re-significar a própria existência; é ser complexo, transformador e em permanente processo de transformação, envolvendo sua múltipla dimensionalidade, seja social, política, cultural, econômica, biológica, histórica, ecológica, espiritual; ser transcendental, criativo e construtivo, sensível, dialógico, crítico-reflexivo, com capacidade de ensinar e aprender; enquanto sujeito ativo de mudanças é capaz de transformar o curso de ação de sua existência individual e coletiva; e que está em constante relação com o mundo, com a realidade vivenciada; ser que tem capacidade de criação e que assim é criador da história e se faz ser histórico-social (FREIRE, 1987, 2008).

Neste estudo os seres humanos são as puérperas e seus acompanhantes como participantes diretos que, envolvidos no processo de aleitamento materno, são capazes de agir, refletir e agir novamente frente à realidade percebida e, assim, se julgarem necessário, modificar suas práticas buscando o bem estar, e a enfermeira, como mediadora das reflexões realizadas nas práticas educativas sobre aleitamento materno com as puérperas e acompanhantes no alojamento conjunto.

A enfermeira, como ser humano profissional, neste estudo, é um ser com conhecimentos, habilidades e atitudes técnico-científicas e éticas, capaz de praticar educação em saúde como mediadora de um círculo de cultura onde promove a troca de conhecimentos em aleitamento materno de maneira dialógica, horizontal, respeitando e valorizando os saberes prévios de puérperas e acompanhantes, com humildade e amor, estimulando em todos os momentos a reflexão sobre a realidade e buscando o empoderamento e autonomia dos sujeitos participantes para a promoção do aleitamento materno.

Saúde

Por muito tempo imperou a idéia da Organização Mundial de Saúde que considera a saúde como um bem-estar físico, social e mental perfeito, após muitos questionamentos realizados a este conceito de saúde, ultimamente, o mais aceito é o da Declaração de Alma-Ata, que define saúde com um estado que depende das condições de vida, como: alimentação, moradia, educação, renda, trabalho e meio ambiente.

Saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde [...] a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, é direito e dever dos povos participarem individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1978, p. 1).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, no Brasil, o conceito de saúde passou a ser considerado não abstrato, assumiu um sentido abrangente, sendo então reconhecida como resultante das condições de moradia, alimentação, emprego/trabalho, transporte, lazer, acesso à terra e aos serviços de saúde, definindo-se, assim, no contexto histórico de determinada sociedade (BRASIL, 1986).

Neste estudo, mais que ausência de doença, saúde é uma situação existencial, onde as condições em que o ser humano se encontra permitem o seu equilíbrio emocional, físico e espiritual, facilitando uma relação harmoniosa com os outros seres e com o mundo, deixando-o fortalecido o suficiente para agir na realidade percebida. É um estado complexo, dinâmico e plural, construído no conjunto das relações sociais, que reflete em determinado momento histórico o nível de consciência individual e coletivo, as condições de vida, a capacidade local e global de acesso a recursos necessários à vida. É influenciado pela cultura, gênero e classe social.

Ambiente de aprendizagem

O ambiente é um espaço amplo, além do físico, onde está incluído tudo o que influencia no processo educativo, como o contexto

social, político e cultural. Para Paulo Freire (1987, 2008) a relação do homem com o mundo permeia todo o processo e determina a forma de agir do indivíduo na sociedade. O círculo de cultura, como ambiente de aprendizagem, deve estimular a reflexão sobre a relação do indivíduo e do seu grupo com o mundo.

Neste estudo o ambiente de aprendizagem será o círculo de cultura sobre aleitamento materno a ser desenvolvido com puérperas e seus acompanhantes no alojamento conjunto. Este permitirá que a relação das mulheres e acompanhantes com o mundo seja objeto de reflexão e a partir dela possam se sentir capazes de agir sobre a realidade vivenciada.

Enfermagem

É tanto disciplina, como profissão, que incorpora ciência, arte e tecnologia com vistas à produção de conhecimentos necessários ao desenvolvimento de sua praxis e reflexão, quer no âmbito do cuidado de pessoas, famílias e grupos sociais, quer nas atividades de ensino, pesquisa e gerência de serviços. Sua prática social sustenta-se em conhecimentos específicos e interdisciplinares direcionados para um cuidado comprometido com as transformações sociais, seja individual ou coletiva. É ciência humana que tem como essência o cuidado ao ser humano e que possui conhecimento técnico-científico para desenvolver ações pautadas na ética. Assiste ao ser humano numa relação dialética e preocupa-se com um ensinar que favoreça o enfrentamento das situações do processo de viver humano em busca de uma sociedade saudável.

Aleitamento materno

É tendência atual o pensamento de que o aleitamento materno deve ser visto além do biológico, que o seu processo é complexo, que vai além dos sinais e sintomas, e que deve ser levado em conta que este processo se apresenta diferente para cada mulher e acompanhante.

As reações, sensações e sentimentos são específicos de cada um e não podem ser tratadas da mesma forma.

Poli (2000) vê o aleitamento materno como um processo onde estão inseridos o ato, o modo, a forma, o efeito, a técnica e a evolução. Neste processo é influenciado pela cultura familiar e pode ter significados simbólicos de proteção, nutrição e integração.

Mais do que um fato social ou fenômeno biológico, amamentação é uma categoria híbrida que se constrói com características, propriedades e atributos definidos tanto pela natureza como pela

cultura. (ALMEIDA, 1999, p. 23).

Neste estudo, aleitamento materno é um fenômeno determinado biologicamente, mas condicionado social, política e culturalmente; cercado de prazer e confiança, mas também uma opção consciente quando uma mulher decide dar o peito acreditando que, além de estar alimentando o seu filho, está também utilizando uma ferramenta própria, capaz de promover a saúde física e mental de ambos, fortalecendo a relação familiar e contribuindo com o bem estar mundial.

Prática educativa de grupo

Processo coletivo de desvelamento da realidade que cerca os homens a partir de suas necessidades. Prática transformadora que fortalece a autonomia, que amplia a liberdade, o agir deliberado e a crítica (FREIRE, 2005).

Neste estudo, é um momento de diálogo, de construção coletiva do conhecimento, onde os indivíduos se reúnem para refletir sobre assunto geral pré-definido, onde os temas específicos são definidos pelo grupo. O mediador conduz o diálogo de forma aberta, horizontal, estimulando a participação ativa e valorizando as vivências anteriores dos sujeitos.

Assim, compreendo a prática educativa de grupo no alojamento conjunto como parte do processo educativo em aleitamento materno, que é contínuo, construído ao longo da história do sujeito participante, onde a interação dos participantes faz com que os papéis de educador e educando se confundam, onde a troca de saberes é permeada pelo respeito ao ser humano.

Educação Libertadora

Educação como prática para a libertação do homem do determinismo, ato de conhecimento, de aproximação crítica da realidade vivenciada (FREIRE, 2005). Ação política/cultural com os oprimidos sem aproveitar-se da sua visão inautêntica do mundo gerada pela dominação para criar mais dependência. Defende a libertação dos homens e não das “coisas”, utilizando a reflexão e a ação para transformar a dependência em independência (FREIRE, 2008).

Para Paulo Freire (1987, 1982, 2008) não existe educação sem liberdade expressa em criar, propor formas de aprender e o que aprender.

Neste estudo é a forma de praticar educação seguindo as etapas

descritas pelo educador Paulo Freire e que envolve o levantamento dos temas geradores, a codificação, a descodificação e o desvelamento crítico. Método que valoriza o diálogo, as experiências e promove a conscientização e a libertação através da reflexão-ação-reflexão.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

A auto-suficiência é incompatível com o diálogo. Os homens que não têm humildade ou a perdem, não podem aproximar-se do povo. (FREIRE, 2009, p. 93).

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. Esta modalidade de pesquisa tem melhorado sua aceitação e tem sido mais empregada na saúde e em geral nas ciências humanas e sociais. É importante ressaltar que a pesquisa qualitativa tem implicações éticas, sociais, políticas e ideológicas, que valoriza a visão do outro, reconhecendo que existem diversos pontos de vista e contestando as verdades absolutas e únicas (MERCADO-MARTINEZ; BOSI, 2007).

A modalidade qualitativa não apresenta tabelas, mas pode utilizar diagramas, figuras e quadros para apresentar os seus resultados (MORSE, FIELD, 1995). Alguns autores, tais como Moreira (2002), Turato (2003), Lüdke e Andre (1986) e Denzin e Lincoln (2006), entre outros, destacam certas características básicas desta modalidade de pesquisa. Sem a pretensão de esgotá-las, apresento algumas dessas características:

- a busca da compreensão de significados atribuídos pelas pessoas às coisas e à sua própria existência, ao invés de quantificações;
- o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o investigador como seu principal instrumento;
- a flexibilidade no processo de condução da investigação: por trabalhar com situações complexas, não permite *a priori* o delineamento dos caminhos a serem percorridos ou, em outras palavras, o caminho que se faz ao caminhar;
- uma preocupação maior com o processo, mais do que com o produto;
- o reconhecimento de todos os ambientes e todas as pessoas indistintamente como dignos de estudo;
- a adoção de um enfoque humanístico;
- a análise dos dados apresenta uma tendência a seguir um processo indutivo;
- o investigador não está preocupado em buscar evidências que comprovem hipóteses definidas antes do início do estudo;

- busca compreender o contexto e as pessoas a partir de uma perspectiva holística; as pessoas, os contextos e os grupos não são redutíveis a variáveis ou relações de causa e efeito;
- dá ênfase à validade de sua investigação;
- suspende as suas próprias crenças, perspectivas e predisposições;
- trata de compreender as pessoas dentro do marco de referência delas próprias.

Entendemos que a abordagem qualitativa vem ao encontro ao referencial teórico escolhido, pois Paulo Freire valoriza o homem e também o seu contexto, vê o aprendizado como processo a ser construído com todos os participantes, defende o diálogo e o respeito como elementos fundamentais nesta construção.

A opção por esta abordagem se deu pela necessidade de buscar possibilidades de inovar a educação em aleitamento materno no alojamento conjunto de forma a permitir a participação dos sujeitos de pesquisa e assim construir com eles o processo educativo.

Nesta concepção, buscamos o desenvolvimento de círculos de cultura no alojamento conjunto, com a implementação das etapas do Itinerário de Paulo Freire. O círculo de cultura é um espaço onde, através do diálogo, os participantes constroem conhecimento a partir da interação com o outro e refletem sobre suas vivências, onde podem pensar e agir, onde seu conhecimento e sua cultura são valorizados e respeitados. O círculo de cultura pode ser desenvolvido em espaços diversificados, onde ocorre encontro de pessoas, não sendo limitado às paredes de uma sala de aula. Outra característica interessante descrita por Freire e Betto (1998) nesta forma de praticar educação é a de que é possível a realização do círculo de cultura mesmo com a participação de poucos, de duas ou três a vinte pessoas, tendo um coordenador que media o diálogo, fazendo a ligação entre os temas propostos pelos participantes. Para tanto, Freire criou etapas para realização dos círculos de cultura a serem apresentadas a seguir.

1º Etapa: Investigação Temática

Pesquisa dos temas geradores, realizada através da investigação do universo vocabular e do estudo dos modos de vida na localidade.

Através da seleção de temas e palavras geradoras, realizamos a codificação e decodificação desses temas buscando o seu significado social, ou seja, a consciência do vivido.

Os temas geradores são amplos e constituem a realidade dos

educandos, as situações concretas vivenciadas. Traduzem comportamentos, situações existenciais e experiências vividas.

Através do tema gerador geral é possível avançar para além do limite de conhecimento que os educandos têm de sua própria realidade, podendo assim melhor compreendê-la a fim de poder nela intervir criticamente. Na alfabetização, do tema gerador geral deverão sair as palavras geradoras e estas, através da combinação de seus elementos, propiciam a formação de outras. (FREIRE 1985, 2006, 2008).

2º Etapa: Codificação

Investigação da forma com que cada tema gerador ou palavra geradora se apresenta para cada indivíduo, o que os envolve – realidade espessa e pouco vislumbrada. Deve ser realizado através da abstração, da separação em partes.

Cada tema gerador ou palavra geradora deverá ter a sua ilustração que, por sua vez, deverá suscitar novos debates. Essa ilustração (desenho ou fotografia) sempre ligada ao tema tem como objetivo a codificação, ou seja, a representação de um aspecto da realidade, de uma situação existencial, construída pelos educandos, em interação com seus elementos.

Representando a dimensão real de como vivem os indivíduos, a codificação mostra a compreensão do educando sobre o tema, indica os pontos onde devem incidir as reflexões. (FREIRE 1985, 2006, 2008).

3º Etapa: Descodificação

Releitura do temas geradores através de discussão crítica, podendo ter auxílio de textos e outros instrumentos. Momento dialético onde a releitura acontece com a análise e a reconstituição das situações de vida do educando, ocorre a ad-miração e a re-ad-miração dos temas, ou seja, sua própria vivência já representada na codificação.

Movimento de ida e vinda, do abstrato ao concreto, procurando superar a abstração. Conduz a substituição da primeira visão ingênua por uma visão crítica, capaz de transformar o contexto vivido. É o momento de problematização, em que os participantes passam a refletir sobre a realidade e a olhá-la de outra forma, favorecendo a modificação da percepção e o aparecimento de um novo conhecimento. (FREIRE 1985, 2006, 2008).

4º Etapa: Desvelamento Crítico

Construção do conhecimento através do revelar de conceitos que partem do individual para o global, do que está próximo e é conhecido

para o que está longe e é menos conhecido. Momento onde ocorre a tomada de consciência e é deflagrado o processo de ação-reflexão-ação, onde o educando realiza a análise crítica do que está representado na codificação, e assim, aos poucos, o que era desconhecido ou obscuro passa a ser conhecido e vai clareando, sendo desvelado, conforme representado na Figura 1. Significa a tomada de consciência, onde a situação vivenciada, problematizada na descodificação, é vista de outra forma. (FREIRE 1985, 2006, 2008).

Estas são separadas didaticamente, porém podem acontecer simultaneamente, se vistas individualmente não traduzem o valor do método, sendo assim, além de descritas acima, para este estudo, construímos e apresentamos na seqüência uma representação gráfica das mesmas (Figura I):

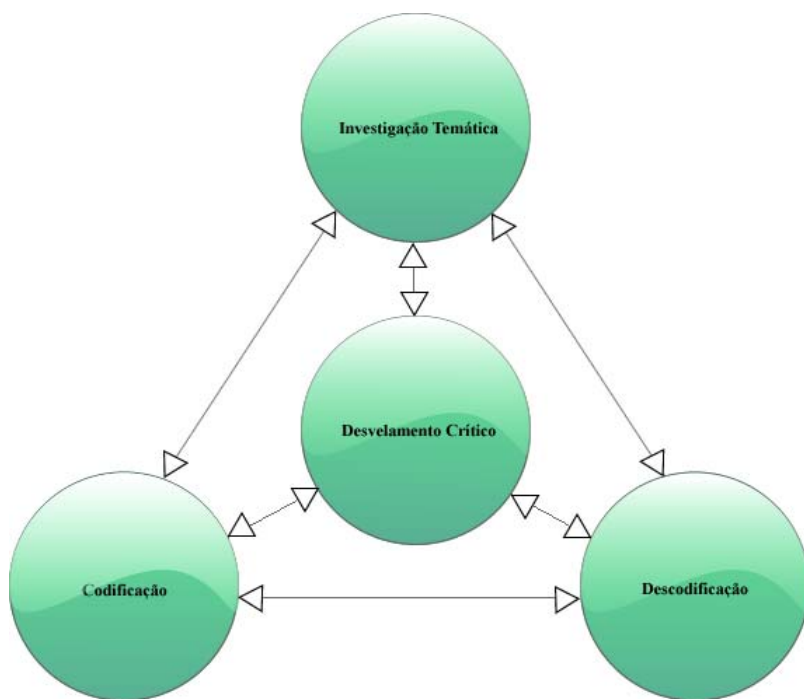


Figura 1 - Representação gráfica das etapas do Itinerário de Paulo Freire.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E DO CONTEXTO DO ESTUDO

Trentini e Paim (2004) entendem que a escolha do espaço físico de pesquisa (cenário de estudo) é aquele onde se estabelecem as relações sociais inerentes aos objetivos e finalidade da pesquisa.

Assim, optamos por desenvolver a pesquisa na unidade de alojamento conjunto da maternidade do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJHMG), São José - Santa Catarina.

O referido hospital é público, estadual, localizado em uma cidade próxima à capital do Estado de Santa Catarina e em funcionamento desde fevereiro de 1987. Atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), possuindo 319 leitos ativos. Realiza atendimento em várias especialidades, como Clínica Médica, Ortopedia, Cirurgia Geral, Neurologia, Neonatologia, Ginecologia e Obstetrícia. Segundo dados do último ano, atende mensalmente uma média de 19.547 pessoas em suas três emergências: geral, pediátrica e obstétrica.

A maternidade possui 120 leitos e é constituída pelos setores: Emergência Obstétrica, Centro Obstétrico, Unidade Neonatal, Banco de Leite Humano, Unidade de Internação Perinatal A e Unidade de Internação Perinatal B (Alojamento Conjunto). Segundo informações fornecidas pela Assistente Administrativa do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes o número de leitos está distribuído em:

- 06 para a Emergência Obstétrica;
- 13 para o Centro Obstétrico, sendo 06 para pré-parto e 07 para recuperação pós-anestésica;
- 22 para a Unidade Neonatal, sendo 10 para Terapia Intensiva e 12 para Cuidados Intermediários e Mínimos;
- 36 para a Unidade de Internação Perinatal A, que atende a gestação de alto risco, mulheres com problemas ginecológicos e cirurgias ginecológicas;
- 43 para a Unidade de Internação Perinatal B (Alojamento Conjunto)

O Banco de Leite Humano (BLH) funciona junto à Unidade Neonatal e ao Alojamento Conjunto. Segundo dados de 2007, sua produção mensal é de 37,47 litros de leite materno pasteurizando e distribuindo para 44 recém-nascidos da Unidade Neonatal. As orientações em grupo, realizadas no alojamento conjunto, atingem uma

média de 216 participantes ao mês.

Os profissionais do Banco de Leite Humano são em número de 08, sendo assim distribuídos: 01 enfermeiro, 05 técnicos de enfermagem, 02 técnicos de atividades administrativas.

O Alojamento Conjunto encontra-se no 4º andar do hospital e nele permanecem as puérperas, seus recém-nascidos e seus acompanhantes até a alta hospitalar. Neste espaço e tempo ocorrem ações de educação em saúde que incluem o aleitamento materno. Para a realização dos encontros de grupo, a unidade dispõe de uma sala clara e arejada. Os recursos disponíveis na sala são cadeiras, álbum seriado, cartazes, um boneco bebê e uma mama cobaia.

Os encontros de grupo são realizados rotineiramente com puérperas e acompanhantes próximos do momento de alta hospitalar. Na rotina da instituição os encontros acontecem diariamente e são conduzidos pela equipe do Banco de Leite Humano e do Projeto Tocár (Projeto de Extensão, multidisciplinar, da Universidade do Vale do Itajaí), integrado por docentes e discentes dos cursos de enfermagem e psicologia.

4.2 SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A seleção dos sujeitos participantes foi intencional, sem prévia delimitação de número, constituída de mulheres e seus acompanhantes internados no alojamento conjunto da maternidade do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes durante os meses de agosto e setembro de 2009. Foram convidadas todas as puérperas e acompanhantes internados no alojamento conjunto durante o período de coleta de dados e que aceitassem participar do estudo implicando participação no círculo de cultura.

Critérios de Inclusão:

- Ser puérpera internada no alojamento conjunto;
- Ser acompanhante de puérpera internada no alojamento conjunto;
- Participar da prática educativa;
- Serão excluídos os que não atenderem aos critérios acima.

4.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2009, durante a realização dos círculos de cultura, realizados no alojamento conjunto da maternidade do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes.

A inserção no campo foi realizada antes da etapa de coleta de dados através da apresentação do projeto à Chefia do Serviço de Enfermagem da maternidade e solicitação de indicação da melhor forma de apresentar, a pesquisadora e o projeto, aos demais profissionais do Alojamento Conjunto, Banco de Leite Humano e outros que porventura estivessem envolvidos no processo. Durante este contato foi discutido com os profissionais da instituição quais dias/reuniões poderiam ser utilizados para desenvolver a pesquisa.

Para auxiliar na preservação e fidedignidade das informações foram utilizadas gravações, anotações diárias e fotografias.

A coleta e análise dos dados foram realizadas de acordo com o referencial metodológico escolhido, itinerário de pesquisa proposto por Paulo Freire, utilizando o diálogo e observação participante como técnica de coleta de dados.

Buscando compreender as possibilidades e limitações que puérperas e acompanhantes identificam para a prática do aleitamento materno, inicialmente foram realizadas visitas às puérperas e acompanhantes presentes no Alojamento Conjunto para convidá-los a fazer parte da pesquisa e diante do aceite, apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A). A seguir foi iniciada a etapa de investigação temática através da observação de como estava se processando o aleitamento materno naquele momento, do relacionamento com o recém-nascido, acompanhante, equipe de saúde e expressões verbais e não verbais. Foi necessário a pesquisadora principal estimular o diálogo com a utilização de perguntas amplas e abertas contextualizando os temas relevantes como:

- Como está se sentindo internada/neste ambiente hospitalar?
- Como está se sentindo tendo um filho?
- Como está se sentindo em relação à amamentação?

Concluída esta etapa, os sujeitos foram convidados a participar do círculo de cultura, onde foram apresentados os temas levantados para uma decisão conjunta do que será abordado no círculo.

No círculo, foi esclarecido pela pesquisadora principal que o método era dinâmico e aberto e a discussão dos temas selecionados. Nos

círculos, foi esclarecido aos participantes que provavelmente a limitação de tempo dos encontros impossibilitasse a abordagem de todos, mas que a pesquisadora se colocava à disposição para, posteriormente, dialogar individualmente ou em grupos menores.

Após elencados os temas, foi perguntado como os participantes acham que o tema deveria ser trabalhado, iniciando assim as etapas de codificação e decodificação. Foi solicitando que os participantes expusessem como viam o tema, e esporadicamente, quando o diálogo não fluía, foram realizados questionamentos sobre:

- O que pensam e/ou conhecem sobre o tema;
- O que os outros pensam;
- Qual a sua importância;
- O que já vivenciaram a este respeito;
- Quais as informações que tem ou a que tiveram acesso;
- O que acham destas informações;
- O que pensam/dizem os profissionais de saúde e as instituições.

As reflexões, expressões e/ou relatos dos participantes que sinalizassem alguma modificação de pensamento ou atitude relacionada ao aleitamento materno foram considerados sinais de desvelamento crítico.

Ao final do círculo de cultura foi perguntado aos participantes como avaliaram esta experiência.

Para caracterização sócio-demográfica das puérperas participantes de cada grupo, foi realizada busca em prontuário da idade, escolaridade, procedência e número de filhos, anotada em planilha conforme apêndice (APÊNDICE B).

Os diálogos tiveram as gravações transcritas e após foi realizada a junção com as observações registradas por escrito. As fotografias foram utilizadas como registro auxiliar dos momentos do círculo de cultura.

Cada círculo de cultura terá, no próximo capítulo, os resultados apresentados separadamente, categorizados conforme as etapas do Itinerário proposto, mesmo que não totalmente completadas: investigação temática, codificação, decodificação e desvelamento crítico.

A fim de responder a pergunta de pesquisa, nestas etapas, foram identificadas as possibilidades e limitações observadas ou relatadas durante a coleta de dados.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Foi respeitada a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido garantindo aos participantes o princípio da autonomia, oferecendo total liberdade aos mesmos em desistir durante o processo, respeitando as suas crenças, valores e preservando sua identidade.

Considerando que o avanço do conhecimento científico resulta em benefícios para o participante, família e coletividade e que o estudo proporcionará reflexões e conseqüentes avanços também na atenção à saúde e assistência de enfermagem, durante a apresentação do TCLE foram esclarecidos os objetivos da pesquisa para que os participantes pudessem compreender os benefícios que o estudo poderá proporcionar e foi exposta a preocupação das pesquisadoras em não causar constrangimentos, danos morais e físicos durante todas as fases da pesquisa.

O presente estudo, da área de enfermagem e realizado por enfermeiras, foi também permeado pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº. 311/2007), que reúne princípios, normas, direitos e deveres dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e ao Comitê de Ética do HRSJHMG tendo sido aprovado sob parecer consubstanciado do projeto número 399/08 (ANEXO A) e certificado número 024 (ANEXO B).

As pesquisadoras se comprometeram em devolver às instituições e seus devidos comitês os resultados do estudo, bem como informar aos mesmos qualquer alteração do projeto que necessária durante a sua execução. Comprometeram-se também em guardar os registros da coleta de dados sob sigilo por cinco (05) anos após o seu término.

Além da devolução às instituições, a produção técnico-científica deste estudo foi apresentada à comunidade através de exposição pública na UFSC e encaminhada para publicação em revista científica.

5 ALEITAMENTO MATERNO: EDUCAÇÃO LIBERTADORA COM GRUPOS DE PUÉRPERAS E ACOMPANHANTES NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Movendo-me enquanto nele fundado preciso ter e renovar saberes específicos em cujo campo minha curiosidade se inquieta e minha prática se baseia. (FREIRE, 2000, p. 38).

Neste capítulo descreveremos a trajetória percorrida neste estudo a fim de compreender, em círculo de cultura, as possibilidades e limitações identificadas pelas puérperas e acompanhantes para a prática do aleitamento materno.

Apresentamos a inserção no campo, a caracterização dos sujeitos participantes e os resultados de cada círculo, conforme referencial teórico-metodológico.

5.1 O EXERCÍCIO DA EDUCAÇÃO LIBERTADORA

5.1.1 Aproximação com o local e o contexto de estudo

A inserção no campo foi realizada fazendo contato inicialmente com a chefia de enfermagem da maternidade. Posteriormente, o projeto foi apresentado à chefia de enfermagem do Banco de Leite Humano e enfermeiros das unidades de internação perinatais presentes. No encontro foram apresentados o objetivo, a metodologia do estudo e realizados os acertos quanto aos dias e horários para a realização da investigação temática e dos círculos. Acertado também os momentos de troca com a equipe após cada círculo, para repasse das puérperas participantes e do que foi dialogado com o grupo. Relatada a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição hospitalar e, a partir deste, da UFSC.

Optamos por realizar o círculo duas vezes na semana, nas terças e quintas-feiras, às 17 horas, sendo a investigação temática realizada, inicialmente, na tarde do dia anterior a cada círculo. Dialogado também

sobre o ambiente, o material a ser utilizado, as rotinas e as orientações realizadas atualmente na instituição, para que não houvesse contradições desnecessárias.

Nos primeiros dias, ao chegar, dialogamos com a equipe, de cada plantão, sobre a nossa presença na unidade para a investigação temática e para a realização do círculo. A recepção foi calorosa, sendo que nos primeiros dias sentimos a necessidade de reservar um tempo para que o grupo pudesse conversar sobre assuntos diversos, pessoais e profissionais, devido à estreita relação que a pesquisadora mantém com a equipe de enfermagem da maternidade cenário do estudo, por ter uma longa caminhada profissional nesta instituição, bem como no alojamento conjunto e BLH. Acreditamos que o fato da pesquisadora ter desempenhado funções anteriores nesta unidade colaborou para a receptividade e as portas abertas da instituição, gerando confiança do grupo em relação ao trabalho que seria desenvolvido.

Nos dois primeiros contatos para a investigação temática percebemos algumas dificuldades quanto à apresentação da pesquisa e quanto à confirmação das puérperas em participar do círculo de cultura. A incerteza de estarem ou não presentes no hospital no dia seguinte foi relatada como dificuldade por algumas puérperas, já que a investigação acontecia no dia anterior.

Notamos também que durante a investigação dos temas o diálogo era descontraído e espontâneo, porém após o aceite e a assinatura do TCLE, o início da gravação bloqueava a continuidade do mesmo, dificultando bastante a sua retomada. Diante disso passamos a não gravar a etapa de investigação temática e percebemos melhoria no estabelecimento e manutenção do diálogo com as puérperas e seus acompanhantes.

Como percebemos a dificuldade de participação das puérperas com as quais mantivemos contato na fase de investigação, causando redução dos participantes e fazendo com que os temas levantados ficassem um pouco distantes da realidade do grupo participante, outra adaptação que fizemos, no decorrer da coleta de dados, foi realizar a investigação temática no mesmo dia do círculo de cultura, nas quatro horas anteriores ao seu início, quando as altas de puérperas para aquele dia já estavam definidas. Assim, no círculo I fizemos a investigação temática no dia anterior, no círculo II no dia anterior com revisão no mesmo dia e, a partir do círculo III, no mesmo dia dos círculos de cultura.

Para promover um aumento no número de participantes, modificamos a abordagem inicial, mostrando de uma forma mais

enfática como os participantes poderiam estar contribuindo de modo mais efetivo para a melhoria das atividades educativas de grupo realizadas nas maternidades de todo o Brasil e o interesse constante do Ministério da Saúde em melhorar as ações em prol do aleitamento materno. Ressaltada ainda a importância de implantar um novo modelo de praticar as atividades educativas de grupo em aleitamento materno, partindo do que os participantes sabem, conhecem, ou seja, de seus saberes prévios sobre o assunto.

Ao todo foram realizados 08 (oito) círculos de cultura que serão posteriormente descritos. A participação dos sujeitos do estudo ocorreu de maneiras diferentes, conforme pode ser observado na descrição de cada círculo de cultura, onde especificamos o número de convidados, de participantes e as dificuldades e facilidades percebidas.

Durante a convivência com a equipe, foi possível perceber e ouvir relatos de que há uma grande participação das puérperas quando isto é colocado como rotina do serviço, que todas precisam participar e em algumas vezes insinuando que a participação estaria condicionada à alta da maternidade, sendo que a não participação poderia repercutir no prolongamento da internação.

Percebemos também uma tendência dos profissionais em realizar cobranças da puérpera sobre sua participação, principalmente na presença de complicações ou dificuldades na amamentação. Existe também uma preocupação constante de que “tudo seja dito” na reunião de puérperas, sem levar em conta os saberes prévios das mesmas, acreditando ser este o segredo para evitar tais problemas e obter o sucesso na amamentação. Em algumas oportunidades, durante a coleta de dados, colocamos que de acordo com o referencial utilizado neste estudo não seria adequado uma presença obrigatória das puérperas e, aproveitamos para provocar algumas reflexões sobre o quanto, mesmo presentes nas reuniões, verdadeiramente constroem conhecimento e modificam a realidade da amamentação.

No período de coleta de dados o mundo vivenciava o auge da pandemia de Gripe A, causada pelo vírus Influenza A (H1N1), também em circulação no Brasil. A instituição de estudo já contava com casos suspeitos no início da coleta de dados e estes foram aumentando no seu decorrer. Apesar de não haver demonstração de preocupação por parte dos participantes, procuramos deixar sempre a janela semi-aberta e a porta totalmente aberta devido ao momento atual da pandemia de Gripe A. Excluimos do convite para participação todas as puérperas com suspeita de Gripe A e para não constranger os participantes, também

todas aquelas com sinais e sintomas de resfriado e gripe comum.

5.1.2 Sujeitos participantes do estudo

Os sujeitos participantes do estudo foram 58, constituídos de puérperas internadas no alojamento conjunto da maternidade e seus acompanhantes. Destes, 43 foram puérperas e 15 acompanhantes. Os acompanhantes foram: 06 companheiros, 05 mães, 02 cunhadas, 02 amigas.

Em uma das situações a puérpera ficou no quarto e o acompanhante (mãe), compreendendo a importância do processo de aleitamento materno, participou do círculo expressando o objetivo de auxiliá-la e propiciar um momento de repouso, já que a filha manifestava dor e cansaço.

Conforme legenda a seguir, os círculos de cultura serão identificados por algarismos romanos em ordem cronológica de realização, e os participantes de acordo com a condição (puérperas) e, no caso dos acompanhantes, conforme o vínculo estabelecido com as mesmas, seguido de letra do alfabeto conforme ordem, também cronológica, de expressão verbal durante o círculo.

Círculo de Cultura = CcI

Puérpera = Puérpera A

Companheiro da puérpera = Companheiro A

Mãe da puérpera = Mãe A

Cunhada da puérpera = Cunhada A

Amiga da puérpera = Amiga A

5.1.2.1 Caracterização sócio demográfica das puérperas participantes do estudo

Apesar dos sujeitos participantes do estudo serem puérperas e acompanhantes, apresentamos a caracterização sócio demográfica apenas das puérperas participantes, sendo que a caracterização dos acompanhantes foi inviável devido às frequentes trocas que os mesmos realizavam no período de permanência da puérpera no Alojamento Conjunto. Muitas vezes o acompanhante permanecia pouco tempo na instituição ou trocava com outro entre a investigação temática e o círculo cultura ou somente participava do círculo, além de algumas vezes não participar de todas as etapas, também não possuía seus dados

disponíveis em prontuário.

As 43 puérperas participantes encontravam-se com idades entre 15 e 40 anos, correspondendo à faixa etária de mulheres em idade fértil, consideradas entre 10 e 49 anos. (BRASIL, 2002).

Do total de puérperas participantes, 24 eram primíparas, sendo que, entre elas, 03 secundigestas com história de abortamento. As participantes multíparas foram: 09 secundíparas, 05 tercíparas e 04 quartíparas, destas, algumas com história de mais uma gestação por abortamento anterior, 03, 02 e 01, respectivamente. Ainda entre as multíparas, uma das participantes era sextípara.

Referente à situação conjugal, a maioria, 36 das puérperas participantes, relatou na internação ter um companheiro.

A escolaridade esteve entre ensino fundamental incompleto e terceiro grau incompleto.

A procedência foi dos municípios de São José (16), Palhoça (11), Biguaçu (05), Florianópolis (04), Paulo Lopes (01), Garopaba (01), Águas Mornas (02), Santo Amaro da Imperatriz (01) e São João Batista (02).

5.1.3 Os círculos de cultura

Os círculos de cultura aconteceram na sala de reuniões da maternidade, localizada na unidade de Alojamento Conjunto, onde rotineiramente já são realizadas reuniões com grupo de puérperas, nas terças e quintas-feiras de agosto e setembro de 2009, às 17:00h, período destinado à coleta de dados.

A sala de reuniões da maternidade é relativamente ampla, possui aproximadamente 20 (vinte) cadeiras universitárias, a cor das paredes é clara, com alguns cartazes afixados relacionados ao aleitamento materno. Além das cadeiras, possui um armário comportando material de estágio do curso fisioterapia e duas escrivaninhas, que de certo modo, limitavam um pouco a disposição das cadeiras. A sala possui uma janela ampla e conta também com duas lâmpadas para iluminação artificial, proporcionando uma boa iluminação quando, devido ao horário dos círculos, começava o anoitecer. O suporte para o álbum seriado e o flip chart, a mama cobaia, boneco bebê e demais materiais utilizados no estudo também permaneciam na sala e eram por nós organizados, assim como as cadeiras, antes do início de cada círculo. Os materiais de

suporte como bombas manuais, embalagens de leite industrializado, métodos contraceptivos, amostras distribuídas em maternidades, cobertor de recém-nascido, boneca parturiente para demonstrar o primeiro contato com o bebê, concha para amamentação, vidros para coleta de leite, eram utilizados quando percebíamos que faziam parte do diálogo e seria importante a sua apresentação. Problemas na estrutura do prédio da maternidade tiveram como consequência a mudança de local de alguns setores, assim, nos círculos de cultura VII e VIII houve uma significativa redução do espaço físico da sala de reuniões devido à necessidade deste espaço transformar-se também em sala de coleta de leite humano, acrescentando então mais um armário, uma mesa, uma poltrona, duas cadeiras e um berço.

Gostaríamos de ressaltar que em todos os círculos houve participação efetiva dos presentes, além de expressarem conhecimentos e relatarem suas experiências, foram bastante constantes seus questionamentos e exposição de opiniões e vivências.

Trabalhamos com cadeiras dispostas em círculo, sentada ao mesmo nível dos participantes em quase todos os momentos, exceto nas situações de demonstração ou de auxílio direto a algum participante. Foi contínua a preocupação em utilizar os nomes dos participantes e dos recém-nascidos. Procuramos também repetir a nossa apresentação e do estudo quando o grupo de participantes diferia do grupo da etapa de investigação temática.

Os temas investigados foram apresentados em flip chart. Apenas no primeiro círculo houve escolha dos temas e a seqüência para o diálogo. Nos seguintes, talvez apresentar um menor número de participantes, o diálogo aconteceu sem a seleção prévia dos temas.

A presença do recém-nascido foi estimulada para todos os participantes. Em todos passávamos novamente no quarto, em torno de dez minutos antes do início, para lembrá-los do horário e neste momento em que, quando necessário, auxiliamos no transporte do bebê. Para isto, em algumas vezes, contamos com a ajuda da equipe de enfermagem do Banco de Leite e do Alojamento Conjunto. Sempre, ao final, conforme rotina da instituição, distribuimos panfletos com os telefones de contato do BLH, Ambulatório de Puericultura e orientações para agendar o Teste da Orelhinha.

No organograma, após a descrição de cada círculo, apresentamos os 47 temas investigados e que emergiram durante o desenvolvimento dos círculos de cultura e em seguida as demais etapas do itinerário de pesquisa proposto por Paulo Freire.

A seguir apresentamos a síntese dos 08 (oito) círculos realizados

com os temas levantados em cada um, e ao final as demais etapas do referencial metodológico utilizado.

Círculo de cultura I

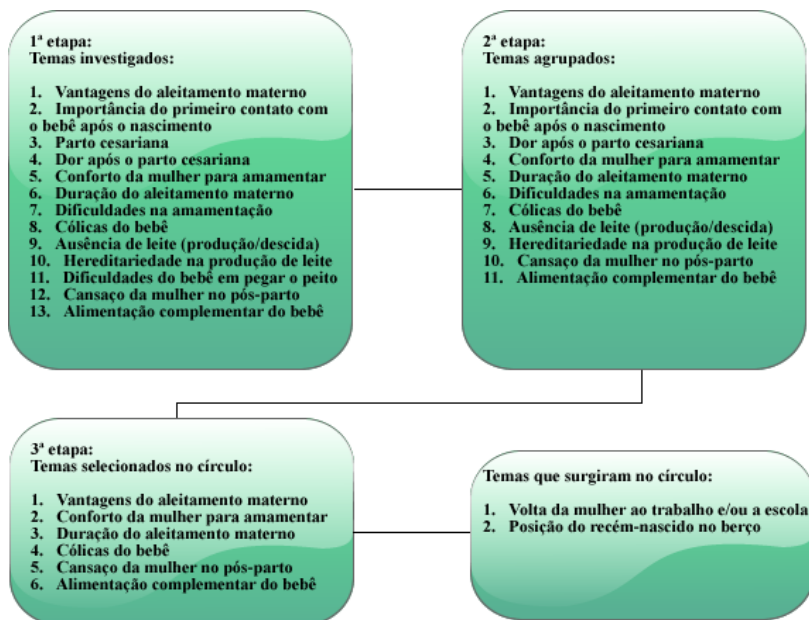


Figura 2 - Representação gráfica da etapa de investigação temática do círculo de cultura I.

Participaram do primeiro círculo de cultura, realizado no dia 11/08/09, 05 (cinco) pessoas, sendo 03 (três) puérperas e 02 (dois) acompanhantes, destes, uma mãe de puérpera e um companheiro. A duração foi de 1 hora e 30 minutos.

Como já descrevemos anteriormente, neste primeiro círculo de cultura a investigação temática foi realizada no dia anterior com visitas nos quartos do Alojamento Conjunto. Foram envolvidas, na etapa de investigação, com a abordagem para participação do círculo e a assinatura do TCLE, 14 (quatorze) participantes puérperas. Houve dificuldade em obter a pronta aceitação por parte de algumas puérperas

por demonstrarem incerteza de permanecerem internadas. No dia seguinte, algumas destas receberam alta hospitalar restando apenas 06 (seis) puérperas na Unidade de Alojamento Conjunto.

No horário estipulado, passamos nos quartos para lembrar aos participantes da realização do círculo, sendo que duas puérperas referiram desconforto e informaram que não participariam, outra estava na Unidade Neonatal amamentando seu filho, sendo que as demais se dirigiram até a sala de reuniões.

Após se acomodarem houve questionamento do companheiro de uma puérpera sobre a duração do círculo. Informamos que comumente dura em torno de uma hora devido principalmente ao desconforto para as puérperas, mas que seria de acordo com a preferência do grupo, dependendo do que os participantes desejassem discutir poderia durar mais ou menos.

Como não houve manifestação, iniciamos explicando que um dos passos da pesquisa foi realizar um contato prévio para identificar temas ligados ao aleitamento materno, realizado no dia anterior. Com base nesta identificação, apresentamos os temas geradores e solicitamos que os participantes escolhessem, em ordem de prioridade, os que desejavam discutir, mas, como o grupo do dia anterior se modificou devido às altas de algumas puérperas, pedimos que os participantes ficassem livres para incluir outros temas que considerassem importantes. Esclarecemos que o círculo era flexível e aberto e que gostaríamos de definir com eles o que seria discutido. Neste sentido, deixamos claro que poderiam manter, substituir ou incluir temas. Como percebemos certa inibição inicial, para estimular o início do diálogo solicitamos que refletissem sobre suas experiências e dúvidas e como se processou o aleitamento até o momento.

Mesmo de uma forma tímida, todos se manifestaram e identificaram 06 (seis) temas, conforme figura 2.

Esclarecemos também que talvez não fosse possível dialogar sobre todos os temas identificados, já que poderiam surgir outros no decorrer do círculo. Sendo a cólica do recém-nascido um dos temas priorizados, perguntamos a uma das participantes sobre o que ela pensava em fazer com a cólica. Colocamos para o grupo que esta puérpera, sendo a única que havia participado da etapa de investigação temática, tinha relação com a inclusão deste tema, o que foi validado pela mesma.

Como a puérpera apresentou resposta curta, citamos que esta já havia comentado algumas coisas no dia anterior sobre o tema e perguntamos aos outros integrantes sobre o que conheciam e o que

achavam da cólica. Diante da inibição do grupo, reforçamos que poderia ser qualquer colocação. “*Não temos muita experiência porque é o primeiro, mas o que a gente ouviu falar é que varia de acordo com o que a mulher come. Dependendo do que come já passa direto para o leite.*” (Companheiro A – Cc I). Devolvemos ao grupo perguntando se concordavam, se achavam isso também: “*Como saber se é cólica quando o bebê começa a chorar, ou se é o ouvidinho?*” (Mãe A – Cc I). Solicitamos à puérpera que participou da investigação temática para relatar o que nos havia dito no dia anterior em relação aos procedimentos frente a esta ocorrência. A mesma respondeu: “*Dar bastante chá, a mulher também tomar bastante chá, também fazer bastante massagem na barriga do bebê que ajuda, encostar ele na barriga da mãe para ele sentir o calor da mãe também é bom.*” (Puérpera A – Cc I). Um dos acompanhantes acrescentou: “*Colocar ele viradinho também é bom.*” (Companheiro A – Cc I). Elogiamos a participação dos mesmos e complementamos ressaltando que a cólica é fisiológica e comum a muitos recém-nascidos, principalmente nos primeiros meses, em geral até o terceiro devido à imaturidade intestinal dos bebês. Diante de nossa intervenção, a mãe de uma das puérperas questionou: “*Então não tem nada a ver com o que a mãe come?*” (Mãe A – Cc I)

Novamente devolvemos ao grupo perguntando o que achavam. E como forma de valorizar do que foi dito anteriormente, repetimos as palavras do companheiro participante sobre o que este ouviu falar em relação à cólica do recém-nascido e alimentação da nutriz. Sugerimos que todos refletissem sobre suas experiências prévias, mesmo não sendo com os próprios filhos, já que todas as puérperas eram primíparas. Enquanto pensavam, perguntamos sobre a experiência da acompanhante que fez a última pergunta (mãe A). “*O meu pai dizia: Não. Acostuma com tudo, não tem essa de não comer couve, não tomar chimarrão.*” (Mãe A – Cc I). Falamos sobre as pesquisas, que freqüentemente nos trazem novas descobertas, que muitas vezes modificam conhecimentos anteriores, exemplificamos a afirmação com uma pesquisa divulgada recentemente por um programa de televisão, sobre as novas descobertas dos benefícios da ingestão do café. Uma participante concordou: “*Isso, antes fazia mal.*” (Mãe A – Cc I). Lembramos que mesmo assim continuam algumas restrições do seu uso, como para os portadores de distúrbios gástricos. A mesma participante reforçou nossa afirmação: “*Isso.*” (Mãe A – Cc I). Aproveitamos para citar a importância de se achar um meio termo quando se trata da alimentação da nutriz, falamos

da fisiologia intestinal do recém-nascido e da relação com a cólica, relatamos a existência de pesquisas sobre a passagem para o leite materno: das drogas, do fumo, do álcool, dos medicamentos, da cafeína, das proteínas do leite de vaca e do cheiro e o gosto dos alimentos que a nutriz ingere. Estimulamos a reflexão citando que atualmente se acredita na necessidade do bebê acostumar-se com a comida da família. Relembramos aos participantes que são vários os alimentos que normalmente as pessoas falam para a nutriz evitar e sobre a importância de manter uma alimentação variada e saudável. Durante a nossa fala sobre a incorporação da proteína do leite de vaca ao leite da nutriz, uma participante acrescentou: “*Não fica mais a mesma coisa!*” (Puérpera A – Cc I). Ao indagarmos se ao grupo já havia notado diferença da regurgitação de uma criança que tomou leite de vaca e de outra que tomou leite materno, prontamente uma puérpera respondeu: “*É bem diferente.*” (Puérpera A – Cc I). Solicitamos quais seriam as características e ela colocou: “*Um cheiro diferente, mais forte.*” (Puérpera A – Cc I). Perguntamos se seria “azedo”, e esta confirmou. Reforçamos então a dificuldade de digestão do leite de vaca em comparação com o materno, causando sensação de satisfação do recém-nascido ao alimentar-se do leite de vaca. Realizamos comparação do leite materno com uma sopa de verduras, nutritiva e de rápida digestão. “*E não tem dizer que o leite é fraco? A criança mama, mama, dorme e se acorda e chora. E aí, acha que é fome.*” (Mãe A – Cc I). Solicitamos a confirmação se estava falando do leite materno, respondeu afirmativamente e continuou: “*Eu, nos meus, tocava o leite porque dizia: Ah, agora vai dormir. Ajudei, dei o leite também.*” (Mãe A – Cc I). Indagamos se esta acompanhante, mãe de puérpera, utilizava leite de vaca como complemento ao leite materno para ajudar o bebê a dormir, além de confirmar, fez uma pergunta que deixou claro que refletia sobre o assunto a partir do nosso diálogo: “*Sim. É só na cabeça da gente?*” (Mãe A – Cc I).

Esclarecemos que não, que é uma forma diferente de ver o que acontece. Neste momento traçamos um paralelo do leite de vaca para o bebê com uma feijoada para um adulto, onde ambos são de difícil digestão causando uma sensação de saciedade prolongada. Ainda preocupado com o tão falado “leite fraco” perguntou: “*Mas pode ter alguma mãe que tem o leite mais fraco? Tipo, uma tem forte e outra mais fraco? Não comparando como você usou, com leite de vaca, mas tem vaca que dá a nata em cima do leite, tem outras que não.*” (Companheiro A – Cc I). Colocamos que não tínhamos muito conhecimento sobre a produção do leite das vacas, mas que sabíamos

que no leite materno, a maior parte da gordura sai no final da mamada, e que se comparado ao de outra mulher, no mesmo momento, a composição seria a mesma. Aproveitamos a ocasião para falar da satisfação causada pela gordura contida no leite materno e da sua dinâmica de composição durante a mamada. Para que percebessem melhor esta dinâmica, imaginamos momentos de mamadas das participantes puérperas, e relacionamos com a composição do leite anterior e posterior.

Em seguida, no depoimento de uma das puérperas, percebemos uma crítica a atitudes de algumas nutrizes e a demonstração de um conhecimento atualizado para a mesma:

“Tem gente, que eu ouvi falar, que dá um pouquinho num peito e aí troca para acostumar nos dois, mas é errado, o certo é deixar começar em num, esvaziar aquele e aí passar para o outro, não é? Porque se não toma esse último leite ele não cria peso, acha que o bebê não está mamando, que o leite não é forte.” (Puérpera B – Cc I)

Elogiamos o depoimento e após outra puérpera, referindo-se ao comentário de seu companheiro, colocou: *“Ele disse assim: você está acostumando ele a mamar só em um peito só! Então eu disse: ele tem que mamar no que ele gosta, porque eu troco e ele não quer mamar neste, ele só quer neste aqui.” (Puérpera A – Cc I)*. Questionamos sobre o que esta achava que aconteceria se o bebê mamasse somente em naquele peito que ela estava se referindo. *“Eu acho que ele prefere mais este aqui.” (Puérpera A – Cc I)*. Percebemos em sua resposta a valorização apenas da preferência do recém-nascido, então indagamos sobre a opinião do grupo. Rapidamente o participante companheiro de puérpera deduziu: *“Vai começar a empedrar o leite do outro.” (Companheiro A – Cc I)*. Explanamos sobre o controle hormonal da produção e descida do leite materno nos primeiros dias pós-parto, sobre a variação dependendo do tipo de parto e a posterior regulação pela mamada. Para manter a produção nas duas mamas, sugerimos que a puérpera tentasse dar no outro peito também. *“Eu ouvi lá no refeitório, que a mulher passou por uma cirurgia porque empedrou o leite.” (Companheiro A – Cc I)*. Perguntamos se o bebê desta mulher era recém-nascido, pequeno e ele acrescentou: *“Tem, tem bebê pequeno.” (Companheiro A – Cc I)*. Ao comentarmos da possibilidade de ocorrer mastite e abscesso em alguns casos e o porquê de ocorrerem, aproveitamos para ressaltar a importância de manter um fluxo constante de saída do leite e quando necessário lançar mão da ordenha manual.

Demonstramos a ordenha utilizando uma mama cobaia. Durante a demonstração citamos a possibilidade de doar o leite materno retirado, como deveriam proceder neste caso e os hospitais que poderiam receber este leite. Um dos participantes demonstrando interesse solicitou mais informações: *“Qual é o tempo que este leite pode ficar dentro deste vidro, desde que começa a tirar e colocar no vidro até que ele seja congelado?”* (Companheiro A – Cc I). Informamos que o preconizado atualmente é congelar o leite materno imediatamente após a retirada, e que nas próximas vezes pode ser retirado em outro frasco e acrescentado àquele que já está congelado. Se for utilizar, desde que nas próximas 24h, pode ser guardado em geladeira, aquecido em banho-maria e dado ao bebê. Neste caso, enfatizamos a importância do não uso de mamadeira ou chuquinha, devido ao risco de se estabelecer a confusão de bicos e do bebê não conseguir mais mamar diretamente no peito, sendo possível então utilizar xícara de cafezinho ou copinho para administrar o leite. Demonstramos como fazer com o auxílio de um boneco bebê. Falamos também da diferença de pega e sucção na aréola e na mamadeira.

Como não houve manifestação do grupo a seguir, optamos por retomar o assunto anterior e aprofundar um pouco mais a regulação da produção realizada pela mamada e a interferência dos complementos alimentares neste processo. Reforçamos que isto muitas vezes parece ajudar no momento, mas posteriormente interfere negativamente no aleitamento materno. *“E esse leite Nan que tem, e se costuma dar desde novinho, aqui não é o caso, mas lá no Sul eles normalmente levam do hospital que já pode comprar o Nan também, ele tem alguma diferença?”* (Mãe A – Cc I). Sinalizamos que sim, mas antes que pudessemos completar a resposta outra participante relatou: *“Mas o bebê tem a tendência de querer sempre um lado, não é? Porque a minha começou e três vezes ela mama em um lado e no outro não.”* (Puérpera C – Cc I). Com o auxílio do boneco, demonstramos a posição que auxilia na pega do peito que o bebê está encontrando dificuldade, citamos que, de acordo com nossa experiência esta forma funciona na maioria das vezes. A fala seguinte revela que nossa contribuição foi validada. *“Ah, às vezes é dá posição mesmo!”* (Mãe A – Cc I). Concordamos e a seguir uma das puérperas, referindo-se à puérpera (A) que estava amamentando em um só lado, comentou: *“De repente ela também se sente mais confortável. De que lado o teu mama? Este?”* (Puérpera C – Cc I). A referida puérpera identificou o peito mostrando com a mão e a participante continuou colocando sua experiência: *“A minha também, de repente encaixa melhor, deve ser mais confortável.”*

(*Puérpera C – Cc I*). Falamos da importância da mãe e do bebê sentir-se seguros e a puérpera (A) concordou completando: *“Isso acontece entre os pais, pai e mãe de primeira viagem, a mãe pega e se vai dar para o marido, o marido fica assim, achando que ele logo vai chorar, ele passa a insegurança e a mulher já tem mais jeito.”* (*Puérpera C – Cc I*). O grupo aprovou a fala e após esgotar este assunto, retornamos a uma pergunta anterior sobre a composição do leite, se altera de uma mulher para outra. Explicitamos que não há diferenças significativas no que se refere à qualidade, e que mesmo em mulheres desnutridas a composição é praticamente a mesma, com redução acentuada apenas no volume. A participante mãe de puérpera demonstrou estar surpresa com esta afirmação: *“Interessante.”* (*Mãe A – Cc I*).

Para dar prosseguimento, resgatamos o tema da cólica questionando se o oferecimento de chá para o bebê exercia alguma influência na amamentação. As respostas vieram rapidamente e ao mesmo tempo, com elas percebemos que, exceto a participante mãe de puérpera, as demais concluíram corretamente o que os estudos têm demonstrado: *“Não.”* (*Mãe A – Cc I*). *“O bebê vai mamar menos.”* (*Puérpera C – Cc I, Puérpera B – Cc I*). *“Não, mas o meu filho, eu dei até três anos, eu dava chazinho depois do banho e não teve problema.”* (*Mãe A – Cc I*). Confirmamos que em alguns casos realmente não ocorrem problemas, e em sua fala posterior fica claro que também não era algo totalmente desconhecido para ela: *“Eu vejo falar que tem alguns que tem, não é?”* (*Mãe A – Cc I*). Após esta outra colocação listamos alguns dos problemas encontrados como: diminuição das mamadas, confusão de bicos e desmame. Sugerimos então, que ao invés de oferecer ao bebê, a mulher ingerisse o chá.

A seguir o participante companheiro continuou o diálogo: *“E o ideal é amamentar até que idade?”* (*Companheiro A – Cc I*). Devolvemos ao grupo perguntando qual o conhecimento deles sobre o assunto, se já haviam visto ou ouvido algo sobre isto, ele mesmo respondeu seguido de outras participações: *“Alguma coisa tipo 6 meses...”* (*Companheiro A – Cc I*). *“I aninho eu acho.”* (*Puérpera C – Cc I*). *“Até 6 meses, não é? Mas não quer dizer, se passar...”* (*Mãe A – Cc I*). A puérpera B fez sinal de concordância completou com o tempo de mamada do seu marido: *“Meu marido mamou até os 6 nos de idade.”* (*Puérpera A – Cc I*). Este instante se transformou em um momento de descontração, apesar de demonstrarem admiração, as risadas e as brincadeiras tomaram conta do grupo. A participante (mãe A) expôs sua experiência. *“É que os antigos eles davam, a minha irmã*

mais nova mamou até os 6 anos, e eu dei para o meu gurizinho nenê até três anos.” (Mãe A – Cc I). Questionamos sobre como seu filho era agora, e recebemos resposta sobre o desempenho escolar, mesmo sem nenhuma indicação nossa neste sentido: “Ô, inteligente na escola.” (Mãe A – Cc I). Enfatizamos que foi desnecessário falar que uma das vantagens do aleitamento materno é a de que a criança tem um melhor desempenho escolar para que ela chegasse a esta conclusão. Aproveitamos então para perguntar se ele também era calmo e ela prontamente descreveu o seu comportamento em comparação com o filho que não amamentou. “Sim, bem calmo. Eu saio com ele em qualquer lugar e não tem problema, ele senta e fica ali quietinho, não incomoda. E o outro que eu não amamentei...” (Mãe A – Cc I). Indagamos ainda sobre o vínculo com ela (mãe). “É assim, sabe, carinhoso...” (Mãe A – Cc I). Complementamos falando das vantagens emocionais, do pouco envolvimento com drogas e violência, e novamente da tranqüilidade e do desempenho escolar. Sugerimos que a participante (mãe A) falasse com segurança e orgulho: Eu amamentei meu filho e por isso ele é mais inteligente. Feliz, afirmou novamente: “É, é mais inteligente.” (Mãe A – Cc I). Após alguns segundos completou falando dos outros filhos. A seguir podemos notar certa insatisfação nas palavras de sua filha (puérpera) referente ao comentário de sua mãe: “E para os outros eu não dei, eu dei a mamadeira junto e tirei.” (Mãe A – Cc I). “Por isso que eu digo que ela chama o meu irmãozinho de mais inteligente que eu.” (Puérpera B – Cc I). Ao mesmo tempo sua mãe refere às dificuldades enfrentadas pela mulher que amamenta e precisa realizar todas as atividades domésticas: “A gente bota na cabeça que não vai ter tempo, tem roupa para lavar, o nenê chorando e não vai ter tempo de parar para dar, então toca uma mamadeira que é melhor.” (Mãe A – Cc I). Comentamos sobre o tempo de uma alimentação em mamadeira comparado à sucção na mama. Solicitamos ao grupo que pensassem sobre este tempo na experiência atual de amamentação. “Eu coloco ele, ele fica 5 minutos e dorme, depois eu coloco e ele fica uns 45 minutos, dorme, mama, dorme, mama...” (Puérpera C – Cc I). A partir do relato, explicamos sobre a variação do tempo de mamada de cada criança e da importância de certificar-se de que a pega está adequada. Parecendo duvidoso a participante (mãe A) solicitou maior precisão: “Em geral vai de...?” (Mãe A – Cc I). Exemplificamos então em minutos, duração variada, e esclarecemos novamente que este tempo muda de um bebê para outro. Em seguida retomamos o debate sobre a duração da amamentação estimulando a reflexão sobre a grande divulgação existente em torno do

amamentar até o sexto mês, salientamos ser até esta idade recomendada para o aleitamento exclusivo e não do desmame. Diante disto, o acompanhante (companheiro A) se manifestou colocando sua preocupação com a volta ao trabalho de sua companheira:

“Até eu falei, porque com 6 meses ela tem que começar a trabalhar de novo, e aí tem a preocupação. Mas se ele vai ficar em casa comigo, que o meu serviço é à noite, vamos dizer assim: ela chega em casa em torno de 5:00/6:00 horas e eu vou sair às 7:00, então ele pode ficar comigo, ele pode mamar só a partir deste horário e à noite e aí ela sai de novo; e se ele só mamar à noite, não vai ter problema, essa diferença de horário, de alimento...” (Companheiro A – Cc I).

Sugerimos iniciar a retirada do leite duas semanas antes da volta ao trabalho, e posteriormente, se possível, no local de trabalho. Explicamos como estocar e como administrar ao bebê. Além disso, amamentar antes de sair de casa, e que poderiam programar com o pediatra a introdução de outros alimentos a partir dos 6 meses. Pensando na possibilidade de amamentar também no horário de trabalho, indagamos se o serviço era distante da sua casa e então a puérpera afirmou que não voltaria para o mesmo local de trabalho e o companheiro esclareceu: *“Ela não tem ainda, ela vai procurar, trabalhava no Centro e a gente mora em Forquilha.”* (Companheiro A – Cc I). Detalhamos um pouco mais as colocações anteriores e lembramos que o Ministério da Saúde brasileiro e a Organização Mundial da Saúde, preconizam continuar a amamentação até dois anos ou mais.

Voltamos também a abordar os cuidados com a cólica do recém-nascido, reforçando o que uma das puérperas já havia comentado e aproveitamos para demonstrar, com auxílio do boneco bebê, a massagem abdominal em sentido horário. Acreditamos que na tentativa de fixar a informação, um dos participantes reproduzia os nossos movimentos: *“Da esquerda para a direita...”* (Companheiro A – Cc I). Estimulamos a reflexão relacionando a massagem com a anatomia intestinal e com os movimentos peristálticos e salientamos os cuidados realizados anteriormente a um dos bebês presentes, colocando em decúbito dorsal e realizando o aquecimento da região abdominal. *“Já que você falou da posição, uma pergunta que eu não fiz antes e queria saber, é quanto à posição do bebê para dormir, que agora dá uma propaganda na TV que é de barriguinha para cima, pelo menos eu nunca ouvi dizer que...”* (Puérpera B – Cc I). Questionamos a puérpera

sobre qual a posição que o seu bebê ficava na Unidade Neonatal, se algumas vezes ele permanecia em decúbito ventral, confirmando ela relatou: “*É, ou de lado. E já disseram muitas vezes para mim para deixar sempre de lado, se ele vomitar sem a gente ver, vai sair, e de barriguinha para cima?*” (Puérpera B – Cc I). Falamos que esta orientação está embasada em algumas pesquisas que relacionaram identificaram diminuição nos casos de morte súbita em bebês colocados no berço em decúbito dorsal. A mesma puérpera neste momento foi clara sobre a posição ventral amplamente utilizada na Unidade Neonatal: “*No berçário, estão de bruços.*” (Puérpera B – Cc I). Com esta afirmação, nós pesquisadoras refletimos sobre o quanto, muitas vezes, a realidade dos serviços de saúde é distante das recomendações divulgadas na mídia. Citamos alguns cuidados com as posições do bebê no berço, se ventral, lateralizar a cabeça e não utilizar travesseiro, se lateral colocar um apoio no dorso esse dorsal, elevar o tórax. Relatamos que, devido à preocupação com o bebê vomitar ou regurgitar, ainda existe a orientação, inclusive na maternidade do estudo, de colocar o bebê em decúbito lateral. Logo após a puérpera comentou: “*É que a propaganda que estão fazendo não deixa muito claro o porquê, tem até aquela blusinha que mostra o verde, para colocar para cima.*” (Puérpera B – Cc I). Lembramos ainda sobre o arrote após a mamada, demonstramos o posicionamento com boneco bebê. “*Viu mãe, antes da propaganda nunca tínhamos visto falar em colocar de barriga para cima.*” (Puérpera B – Cc I). Sugerimos que os participantes pensassem sobre estas questões para assim decidir o que fazer em relação ao posicionamento do recém-nascido no berço.

Sobre o conforto da mulher para amamentar, outro tema elencado pelo grupo, abordamos a importância de sentir-se bem e confortável no momento da amamentação, da colaboração das pessoas próximas neste período delicado. Lembramos da necessidade que as mulheres têm de continuar realizando as tarefas domésticas que muitas vezes atrapalham a dedicação à amamentação. Complementamos falando da interferência da ansiedade no reflexo de ejeção do leite. Exemplificamos com um caso encontrado durante a investigação temática em que o bebê estava chorando, a mãe com dor e no mesmo momento foi servido o jantar. Oferecemos ajuda prática auxiliando-a a acalmar o bebê, assim ela pode se alimentar e depois deitar-se mais confortável para amamentar. Incentivamos o descanso quando possível e mostramos as várias posições que podem ser utilizadas para amamentar. “*A fisioterapeuta teve no quarto e ela disse a posição para amamentar.*” (Puérpera B – Cc I). Ao perceber que demonstrava como segurar o bebê, perguntamos

se foi esta a orientação e a puérpera confirmou: “*Sim. Ela disse que se eu quisesse, poderia sentar-me na cadeira, e hoje eu vi que é bem melhor do que sentar na cama, fiquei mais relaxada nas costas.*” (Puérpera B – Cc I).

Como segurar o bebê, perguntamos se foi esta a orientação e a puérpera confirmou: “*Sim. Ela disse que se eu quisesse, poderia sentar-me na cadeira, e hoje eu vi que é bem melhor do que sentar na cama, fiquei mais relaxada nas costas.*” (Puérpera B – Cc I).

Após concordar com a colocação solicitamos que lembrassem sobre outras vantagens do aleitamento materno. Enquanto pensavam, falamos da boa saúde da criança amamentada e citamos que evita o aparecimento de algumas doenças comuns na infância e outras da idade adulta. Para nossa surpresa o acompanhante questionou: “*Uma dúvida na alimentação: uma mãe que seja soropositiva para o HIV, recebeu todo o tratamento para não passar para o bebê e este bebê é normal, não é soropositivo, ele vai poder mamar no peito da mãe, ou o leite sempre transmite o que ela tem?*” (Companheiro A – Cc I). Relembramos com o grupo, as formas da transmissão vertical do *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*, na gravidez, parto e amamentação salientando que se o bebê não adquiriu nas duas primeiras formas, seria importante não expô-lo à última e citamos também que no Brasil, não é recomendado amamentar neste caso. Esclarecemos sobre a possibilidade da mulher não amamentar diretamente e de utilizar o leite pasteurizado, mas que os Bancos de Leite Humano ainda têm dificuldade em atender esta demanda. Acrescentamos que nesta situação é necessário dar outro alimento ao recém-nascido e que, infelizmente, algumas mulheres, por não revelarem sua condição sorológica, acabam amamentando. Como não sabíamos o motivo da pergunta, complementamos que para ter a certeza de que o bebê não adquiriu, é necessário fazer acompanhamento posterior ao nascimento para confirmar. Incentivamos a reflexão sobre as doenças que podem ser transmitidas pelo leite materno, portanto não sendo indicado amamentar o bebê de outra mulher. Reforçamos que mesmo que as puérperas passem por dificuldades, que em algum momento não consigam mais amamentar ou que não queiram mais, existem outras formas de alimentar o bebê.

Continuando o diálogo, uma das puérperas referiu-se a um dos temas ainda não abordado: “*Aquele da ausência e não descida do leite?*” (Puérpera B – Cc I). Esclarecemos que em algumas mulheres demora um pouco para acontecer a apojadura, e que o momento de seu aparecimento varia de dois a três dias. A puérpera cujo recém-nascido

estive na Unidade Neonatal pensando no seu processo de produção de leite acrescentou: *“Hoje que eu comecei a estimular.”* (Puerpera B – Cc I). Por termos conhecimento do período pós-parto em que a puérpera se encontrava, aproveitamos para quantificar o momento em que provavelmente ocorreria a descida do seu leite. Enfatizamos também sobre a importância da extração manual do leite, às vezes necessária, e também sobre interferência da ansiedade da mulher na ejeção do leite, podendo confundir com ausência do mesmo, e da capacidade de produzir o leite, comum à maioria das mulheres. Após isto, a acompanhante mãe da puérpera que deu o depoimento indagou: *“E a mulher pode ficar grávida amamentando, com aquele comprimido que eles dão?”* (Mãe A – Cc I). Respondemos que é possível, mas lembramos que as chances são bem diminuídas quando a mulher estiver em aleitamento materno exclusivo ou predominante, amenorreica (sem menstruar) no período de seis meses após o parto e que em caso de uso de contraceptivo, é necessário, quando iniciar a introdução alimentar para o bebê, fazer a troca do contraceptivo. Ao visualizar a realidade, a mesma participante comentou: *“É que a gente vê muito isso aí: ah, eu estava amamentando e engravidei tomando comprimido.”* (Mãe A – Cc I).

Ao perceber que o grupo validou a nossa informação e a da participante, retomamos o tema das vantagens do aleitamento materno, lembrando que elas existem também para a mulher. A participante continuou: *“Eu já ia falar...”* (Mãe A – Cc I). Citamos a praticidade, a diminuição da hemorragia neste momento de puerpério imediato e o empoderamento da mulher. Uma das puérperas contribuiu com algo que momentaneamente havíamos esquecemos: *“Emagrece também.”* (Puerpera C – Cc I). Concordamos e complementamos com o estabelecimento do vínculo com a mulher e a família quando envolvida no processo. Aceitando e pensando no comportamento de sua família, um dos participantes complementou:

“A nossa que diga, estão quase subindo na parede do prédio para ver.” (Companheiro A – Cc I). Perguntamos se os familiares estavam querendo amamentar também. Ao confirmar, houve risadas de todos: *“Aham...”* (Companheiro A – Cc I).

Como havíamos esgotado os temas selecionados, deixamos aberto para mais alguma colocação e continuidade do diálogo. Como não houve continuidade e sabíamos que o tempo previsto já havia extrapolado, relembramos apenas a disponibilidade dos Bancos de Leite Humano em auxiliar após a alta e como procurá-los, incentivamos a puérpera, que questionou da volta ao trabalho, procurasse quando

próximo do retorno.

Para finalizar, solicitamos aos participantes para expressassem o que acharam do diálogo e ouvimos: *“Eu gostei, foi bem explicado.”* (Puérpera A – Cc I). *“Esclareceu algumas coisas.”* (Mãe A – Cc I, Puérpera B – Cc I, Puérpera C – Cc I).

Colocamo-nos à disposição para posteriores contatos, após o círculo e no dia seguinte. Agradecemos e nos despedimos falando do prazer que tivemos em estar com o grupo neste momento. Todos retribuíram o agradecimento.

Após o encerramento do círculo, permanecemos na Unidade de Alojamento Conjunto dialogando com uma puérpera que gostaria de ter participado e não pôde, por uma complicação no pós-parto não estava em condições. Esta ficou agradecida, porém percebemos dificuldade no estabelecimento do diálogo. No círculo, com os outros participantes o diálogo fluiu quase naturalmente, com ela, individualmente, precisava constantemente dos nossos questionamentos sobre os seus saberes e suas dúvidas.

Como já citamos, durante o círculo percebemos que o diálogo se estabeleceu com relativa facilidade, apesar de uma das puéperas realizar menos intervenções, todos participaram. Percebemos que os temas foram se misturando, se entrelaçando, em um movimento dinâmico e que um desencadeava o outro. Necessitamos lançar mão das habilidades de saber ouvir e aproveitar as informações trazidas para estimular a reflexão.

A atividade exigiu um conhecimento amplo principalmente sobre amamentação e assuntos ligados à maternidade. Neste primeiro círculo ainda utilizamos inadequadamente expressões enraizadas como: deve, tem que, e eu acho. Nossa maior dificuldade foi abandonar a forma de educação tradicional, em nossa fala, muitas vezes extensa, predominou a necessidade de informar e muitas vezes nos repetimos tentando explicar profundamente algumas questões. Somente após finalizar, ao refletir sobre nossa prática, notamos que não respondemos completamente a pergunta realizada pela participante (Mãe A) sobre a diferenciação da cólica e da dor de ouvido. Pensamos que este é um dos maiores desafios do círculo de cultura, deixar com que os temas se misturem através do diálogo, mas como mediador do processo, valorizar todas as expressões dos participantes e estimular a reflexão sobre qualquer colocação ou questionamento. Para melhor visualizar o processo, apresentamos a seguir as etapas de codificação, descodificação nos Quadros de 1 a 8.

Etapas de codificação, descodificação dos temas do círculo de

cultura I:

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--|
| Criança mais inteligente, calma, carinhosa Perda de peso da mulher | Melhor estabelecimento do vínculo mãe-bebê Estabilidade emocional na adolescência |

Quadro 1 - Vantagens do aleitamento materno.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--------------------|---------------------------------|
| Posição sentada | Posições variadas para a mulher |

Quadro 2 - Conforto da mulher para amamentar.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|---|
| Desconhecimento e conhecimento parcial sobre duração do aleitamento materno Exemplos familiares de tempo longo de aleitamento materno Preocupação com o retorno da mulher ao trabalho | Divulgação de amamentação até seis meses Recomendação de amamentação até 2 anos ou mais Alternativas para o retorno da mulher ao trabalho |

Quadro 3 - Duração do aleitamento materno.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|---|
| Desconhecimento da fisiologia intestinal do recém-nascido Dúvidas quanto à interferência da alimentação na cólica do recém-nascido Uso de chás para o bebê que aliviam a cólica | Fisiologia intestinal do recém-nascido Manobras que auxiliam no funcionamento intestinal do recém-nascido Alimentação da nutriz |

Quadro 4 - Cólicas do bebê.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Não expressada verbalmente Aparência de cansaço | Conforto da mulher ao amamentar Reserva de tempo para descanso |

Quadro 5 – Cansaço da mulher no pós-parto.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--|
| Leite fraco Complementação para ajudar o bebê a dormir Dúvida sobre existência de leite fraco | Composição do leite materno Fácil digestão do leite materno Modificação do leite materno durante as mamadas Alternância das mamas durante a mamada Confusão de bicos |

Quadro 6 - Alimentação complementar do bebê.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|---|
| Dúvida sobre duração da amamentação Dúvida de como alimentar o bebê após o retorno ao trabalho | Recomendação sobre duração do aleitamento materno Ordenha e conservação do leite materno e de como administrar ao bebê |

Quadro 7 - Volta da mulher ao trabalho e/ou a escola.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Conhecimento de campanha de divulgação do decúbito dorsal Dúvida sobre a melhor posição Orientação para utilizar decúbito lateral Exemplo da Unidade Neonatal de utilização do decúbito ventral | Campanha nacional Pesquisas que evidenciaram diminuição de morte súbita com a utilização de decúbito dorsal Posição para facilitar o arroto do bebê |

Quadro 8 - Posição do recém-nascido no berço.

Círculo de cultura II

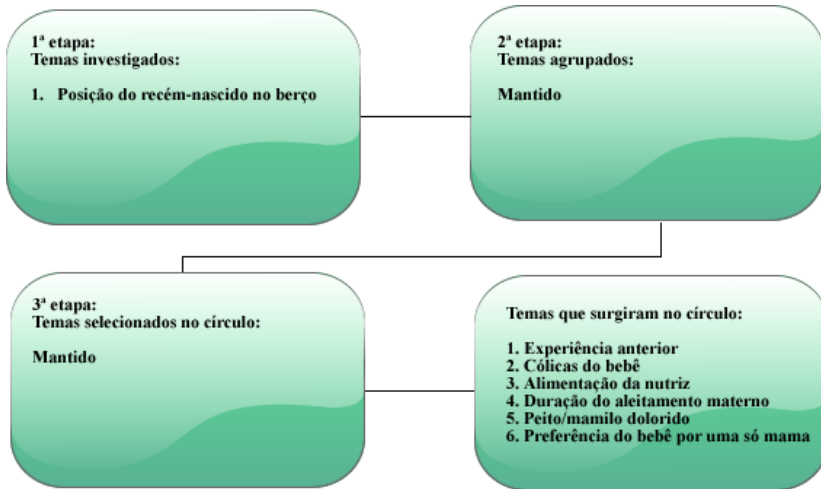


Figura 3 - Representação gráfica da etapa de investigação temática do círculo de cultura II.

Este círculo de cultura aconteceu no dia 13/08/09 e teve duração de 50 minutos.

Previamente, no dia 12/08/09 (etapa de investigação temática), foram convidadas 14 (quatorze) puérperas. No dia seguinte, 13/08, permaneciam internadas no Alojamento Conjunto apenas 02 (duas) destas puérperas, repetimos então esta etapa acrescentando 11 que haviam chegado à unidade posteriormente, totalizando, neste segundo contato, o convite à 13 (treze) puérperas. As participantes deste segundo círculo foram 09 (nove) puérperas e 01 (um) acompanhante.

Iniciamos falando sobre a definição dos temas a serem discutidos e esclarecendo que a reunião era aberta, sem obrigatoriedade de abordar assuntos pré-definidos, que os participantes teriam a liberdade de incluir temas e também de recusar o tema investigado. Colocamos que gostaríamos de saber das experiências de cada um, das dúvidas, das facilidades ou dificuldades que tiveram até aquele momento e também como estava sendo o processo de ter um filho e da amamentação. E assim ocorreu a primeira participação oral: “*Experiência única, não é?*”

(*Puérpera A – Cc II*).

Validamos a expressão e como percebemos que não haveria outra participação, apresentamos, em flip chart, o único tema levantado na etapa de investigação temática: posição do recém-nascido no berço, de acordo com a figura III. Perguntamos qual o entendimento dos participantes sobre a melhor posição, qual a recomendada e se tinham conhecimento de uma propaganda veiculada recente na televisão. Uma participante imediatamente colocou sua opinião:

“Eu já vi e não concordo. Eu já tive um filho e o meu filho dormia de barriga para cima e várias vezes eu peguei ele afogado, a posição é toda vida de ladinho, de preferência não muito de lado, mas numa posição que eles não se viram sozinhos e eu digo uma coisa: o olho sempre em cima, não simplesmente deixar ali virar as costas. Eu não concordo com essa posição de jeito nenhum.” (*Puérpera B – Cc II*).

Ao perguntarmos sobre a opinião do restante do grupo ela continuou:

“Porque se fosse 100%, eles já diriam é 100%, mas não, eles dão 70 e poucos % do índice de mortalidade, então quer dizer não era 100%, quer dizer que continua matando. Então de lado se arrota ele coloca para fora, não vai engolir, a tendência é ele respirar e engolir de novo.” (*Puérpera B – Cc II*).

Ao tentarmos inserir outro participante obtivemos uma resposta curta: *“Acho a mesma coisa.”* (*Puérpera C – Cc II*). Comentamos que as recomendações geralmente são feitas com base em pesquisas, mas que é importante pensar sobre tudo isso, avaliar para decidir o que fazer. Salientamos que o risco de apnéia está relacionado principalmente ao decúbito ventral, mas que existem outros conforme citado a alguns participantes durante a investigação temática, como o de asfixia por aspiração.

Para continuar o diálogo, tentamos questionar sobre o interesse dos participantes por outros temas, não obtendo resposta, indagamos sobre o número de filhos das participantes puérperas e assim reiniciou o diálogo: *“O meu é o primeiro.”* (*Puérpera A – Cc II*). *“O meu é o segundo.”* (*Puérpera B – Cc II*). Perguntamos à participante que já havia se manifestado no início do círculo sobre sua experiência com o outro filho, além do que já havia relatado e em suas palavras podemos perceber o quanto esta valoriza a experiência: *“Mãe de primeira viagem pedala bastante.”* (*Puérpera B – Cc II*). Neste momento, apenas

repetimos a colocação estimulando-a a continuar. *“Hoje não, hoje a gente já tem experiência, já sabe como lidar e ajuda quem está do lado e está precisando.”* (Puérpera B – Cc II). Perguntamos se então poderíamos dizer que é bom ter experiência e ela confirmou: *“Com certeza, tanto para gente como para a pessoa que está do lado que não tem experiência, como eu que estou com ela agora, a minha vizinha de quarto, ela não tem muita experiência então eu já dei várias dicas para ela.”* (Puérpera B – Cc II). Utilizamos o depoimento para desconstruir os participantes afirmando que desta forma, quem está no primeiro filho poderia ter mais um para fazer o teste, ver se realmente é melhor. Riram e com após isto percebamos um melhor estabelecimento do diálogo. Em seguida perguntamos a mesma participante se poderia nos falar sobre as dicas que deu para a puérpera companheira de quarto e ela imediatamente respondeu a nossa solicitação: *“Da amamentação, de como é que ela faz para segurar o peito. Ele chorou muito de cólica esta noite, falei para ela daquela posição, que seria bom colocar de bruços no braço, coisas assim.”* (Puérpera B – Cc II). A partir disto, falamos então sobre o bebê de uma das participantes, que anteriormente estava chorando no quarto e ela nos disse que achava ser cólica, pedimos que esta nos demonstrasse a posição para segurar o bebê, já que havíamos trabalhado isto com ela na etapa de investigação temática. Oferecemos um boneco bebê para que esta pudesse descrever o novo conhecimento. Após a demonstração, enfatizamos a necessidade de ter certeza que é cólica, pois existem outros motivos para o choro, então uma puérpera colocou: *“Fome, cocô.”* (Puérpera C – Cc II). Falamos que nesta fase, é muito comum o bebê chorar porque ele quer mamar mais, mas que às vezes não é só fome e então a puérpera com maior participação até o momento contribuiu novamente: *“Até uma pequena assadura que está começando, se faz xixi já arde e eles colocam a boca no mundo, tu acha que é outra coisa e acabando é uma simples coisinha de nada.”* (Puérpera B – Cc II). Citamos como reconhecer a cólica no bebê e que muitas vezes colocar no peito favorece para acalmá-lo. *“O contato do peito dele com a barriga da gente também alivia bastante.”* (Puérpera D – Cc II). Reforçamos o cuidado citado e acrescentamos que mesmo não tendo certeza da cólica, a posição pode ser utilizada para testar. A seguir perguntamos a opinião dos participantes sobre a necessidade de utilizar remédios para a cólica do recém-nascido e ouvimos respostas quanto à cólica: *“É normal.”* (Puérpera D – Cc II). *“Está começando a trabalhar os órgãos dele até se acostumar.”* (Puérpera A – Cc II). Após o questionarmos sobre a concordância de todos, sinalizaram positivamente. Sentimos então a necessidade de justificar que alguns

profissionais recomendam medicamentos, mas antes de completarmos a frase de que o remédio provoca um alívio momentâneo, uma delas completou: “*No momento. Não é?*” (Puérpera A – Cc II). Falamos da ação dos medicamentos na ruptura das bolhas de gás, e da imaturidade intestinal do recém-nascido para realizar os movimentos peristálticos de forma coordenada. Acrescentamos que o bebê tem facilidade em captar a ansiedade de seus cuidadores, e que sendo assim, quanto mais a cólica for encarada como normal, mais tranquilo se torna este período. A seguir, estimulamos a reflexão sobre outros cuidados que podem favorecer o alívio da cólica, uma puérpera citou o uso de chá: “*Chazinho caseiro.*” (Puérpera E– Cc II). Para estimular a continuidade do diálogo, apenas repetimos a afirmação da puérpera, ela complementou: “*De hortelã.*” (Puérpera E – Cc II). Indagamos para quem seria o chá, mãe ou bebê: “*Para o neném, de cidreira, maçanilha.*” (Puérpera E– Cc II). Repetimos novamente a afirmação e solicitamos a opinião dos participantes, inicialmente continuaram na mesma linha de pensamento: “*Chazinho de camomila para acalmar.*” (Puérpera D – Cc II). “*Compressa quente também é bom, uma fraldinha, aquece com o ferro de passar roupa depois coloca devagarzinho, coloca em cima do abdômen dele é muito bom também, direto com a pele, não por cima do tip-top, é rapidinho também.*” (Puérpera B – Cc II). Ouvimos atentamente, e antes de falarmos sobre o uso do chá, aproveitamos a colocação sobre o calor local e inserimos a realização de massagem abdominal e dos movimentos de flexão e extensão dos membros inferiores como cuidados, uma das puérperas solicitou que validássemos o seu conhecimento: “*Com a perninha, não é?*” (Puérpera D – Cc II). Afirmamos que estava correto e demonstramos a estes dois cuidados no boneco bebê com auxílio de uma das puérperas. Percebemos que todas riram durante a tentativa de segurar o boneco para fazer o exercício, já que este era de um material que não permitia uma boa flexão dos membros inferiores. Durante a demonstração, reforçamos que a massagem auxilia no peristaltismo, promovendo a eliminação dos gases e aliviando a sensação de dor. A seguir voltamos ao uso do chá comentado anteriormente pelas participantes, perguntamos ao grupo se o fato de oferecer chá para o bebê influenciaria na amamentação. Rapidamente uma das puérperas respondeu: “*Vai querer parar de mamar.*” (Puérpera A – Cc II). Reafirmamos esta idéia e explicamos que os complementos alimentares e os utensílios utilizados como mamadeira e chuquinha podem ser negativos para a prática do aleitamento materno, pois o bebê tem

dificuldade em diferenciar as formas de sugar.

Oferecemos ajuda prática a uma puérpera cujo bebê estava chorando. Ela queria levantar-se. Aproveitamos para testar com o bebê, a posição de braços no braço. Não funcionou por muito tempo, o bebê parecia querer mamar e a mãe demonstrava inibição para oferecer o peito diante do grupo. Durante a tentativa de acalmar o bebê, conversamos sobre como eles se sentem protegidos, seguros quando aconchegados. Complementamos o assunto colocando sobre a natural diminuição das mamadas quando o bebê recebe algum complemento, e que conseqüentemente isto diminui também a produção de leite, já que diminui o estímulo. Como o bebê continuou chorando, comentamos que achávamos que “era peito”, mesmo assim ela não se sentiu à vontade para colocá-lo para mamar, preferiu sair momentaneamente da sala, mas percebemos que ela desejava continuar participando de alguma forma, pois ficou acompanhando da porta, ao mesmo tempo em que embalava o bebê. Resolvida esta situação, uma das puérperas indagou:

“Outra dúvida é que dizem a mãe não pode comer certa coisa porque vai para o leite, na opinião da senhora a gente deve fazer o quê? Desde o começo já ir acostumado o bebê a comer qualquer coisa do leite da mãe, ou tem que esperar completar os seis meses para depois começar. Porque a cólica, se não der agora, vai dar depois nos três meses de qualquer jeito, de um jeito ou vai passar para o leite. Eu não vou dizer que eu comia essas coisas, como cominho, comida muito temperada, mas um caldo de feijão sim. Hoje eu ainda falei para ela como no caso do café, que é cafeína, e que às vezes tinha mais café do que leite e deveria ser mais leite do que café. Mas não foi, porque continuou hoje e ela não tomou muito café. E aí? Eu pergunto.” (Puérpera B – Cc II).

Colocamos que nossa opinião era embasada em evidências científicas e na experiência, profissional e pessoal, e antes que concluíssemos a mesma participante continuou: *“A minha mãe é muito antiga, para ela não pode comer nada.” (Puérpera B – Cc II).* Demonstramos interesse e atenção sem interferir na fala, então outra completou: *“A minha teve aqui ontem também, e disse: tu não podes comer feijão, tu não podes comer isso, não podes comer aquilo...” (Puérpera C – Cc II).* *“Eu fui chupar uma laranja, levei um esporro dela.” (Puérpera A – Cc II).* Questionamos se seria possível manter-se bem sem comer estas coisas e complementamos que a lista de alimentos que dizem não ser possível comer, é variada e modifica de uma pessoa para outra. *“É.” (Puérpera A – Cc II).* Após esta aprovação, citamos alguns exemplos e a mesma completou: *“Pimentão.” (Puérpera A – Cc*

II). Para estimular a participação ativa de outros participantes, continuamos com os exemplos: *“Não pode tomar refrigerante.”* (Puérpera F – Cc II). Mais uma vez concordamos e repetindo a fala, então a puérpera B afirmou com bastante certeza: *“Mas vai chegar uma hora que você vai ter de tomar refrigerante, e então vai para o leite e o bebê vai sentir cólica, querendo ou não vai acontecer.”* (Puérpera B – Cc II). Com esta afirmação, vários participantes falaram ao mesmo tempo, debateram, e por fim levantaram a importância da quantidade dos alimentos:

“Tem que adaptar o bebê a nossa alimentação, porque quem está chegando é o bebê, não adianta a gente se adaptar à alimentação dele porque para ele praticamente é só o nosso leite e a gente não vai viver só em função do leite do bebê? Não vou comer isso, não vou comer aquilo. A gente tem que comer vitamina para passar para o leite também. Senão, no final, não vamos ter vitamina nenhuma.” (Puérpera G – Cc II).

Elogiamos as colocações de todas. Reforçamos as conclusões a que chegaram e complementamos com a descoberta da passagem do cheiro e do gosto dos alimentos para o leite materno, permitindo que o bebê se acostume com os alimentos comuns na sua família. Uma participante indagou: *“Então se ele provar o alimento ele vai...”* (Puérpera A – Cc II). Afirmamos que sim, que o bebê vai associar e ter mais facilidade de adaptar quando chegar a hora de se alimentar com alimentos pastosos e sólidos. *“É.”* (Puérpera A – Cc II). Reafirmamos a importância de manter uma alimentação variada. A seguir uma das duas puérperas que tinham experiência com outro filho seguiu falando da introdução de outros alimentos ao bebê: *“E conforme como o bebê vai crescendo, tu vai ver que o leite materno não está mais sendo suficiente para ele. E pode acrescentar uma sopinha, uma canjinha, qualquer coisa.”* (Puérpera B – Cc II). Demonstramos atenção e sinalizamos positivamente afirmando que não é adequado que esta introdução aconteça precocemente e ela continuou: *“O meu filho, por exemplo, desde os sete meses em diante, ele com sete meses comia a sopinha de feijão, comia caldinho de feijão com batata doce amassada dentro e adorava.”* (Puérpera B – Cc II). Repetimos a última palavra da fala com o objetivo de permitir a continuidade, o que aconteceu:

“Vai ver o tamanho do homem que está hoje, e todo mundo dizia: você vai matar o teu filho, vai ver o tamanho do homem que está hoje, parece que tem 12, 13 anos, você viu pela janela (falando para a vizinha de

quarto) *é enorme. Mas eu fiz o meu jeito, e a minha mãe: não pode fazer isso, não pode tirar aquilo, porque tem que andar tampado. Eu digo: ô mãe, esse nascendo agora vai ser do meu jeito. Porque se tampar, tampar, tampar, qualquer troca, mudança de tempo que dá, eles ficam doentes. Então tem que deixar à vontade para eles se acostumarem com o clima.*” (Puérpera A – Cc II)

Após nossa ratificação, outra participante comentou também sobre a exposição do bebê ao barulho: “Muita gente diz: ah, não faz isso por que o bebê está dormindo, mas ele tem que se acostumar com barulho.” (Puérpera C – Cc II). Ressaltamos a nossa opinião em procurar um meio-termo, então a puérpera anterior disse:

“Cada mãe tem que agir com o seu bebê do jeito que ela quer, e não ir pela opinião das pessoas, porque também, se der a chance para outra pessoa de fora ficar se metendo, não ter liberdade para educar o teu filho. Tem isso também, eu sei por que eu passo por isso.” (Puérpera B – Cc II).

Logo após, resgatamos o comentário sobre a não ingestão de grande quantidade de café e citamos a existência de estudos que comprovam agitação do recém-nascido quando a nutriz ingere alimentos com cafeína. Ao exemplificar alimentos que contém cafeína e entre eles uma determinada marca de refrigerante, ela considerou: *“Então é melhor tomar um refrigerante de laranja em dose menor.”* (Puérpera B – Cc II). Sugerimos que não deixasse de ingerir, apenas controlasse a quantidade. E quanto ao uso de chás, indicamos que fosse ingerido pela nutriz, alguns tipos de chás como o de erva doce, funcho e camomila. Assim esta ficaria saciada e, a substância, passando para o leite materno, auxiliaria na tranquilidade do bebê. Ressaltamos também que seria importante evitarem aqueles chás com propriedades diuréticas, pois poderiam interferir na quantidade de leite produzido. Perguntamos se as puérperas sentiram sede durante a amamentação e uma se manifestou: *“Muita sede.”* (Puérpera F – Cc II). Lembramos da opção de utilizar chá gelado ou outros líquidos, de acordo com a preferência e do cuidado com o aumento da ingestão de leite, como normalmente as mulheres amamentando são aconselhadas. Esclarecemos que é possível a proteína do leite de vaca se misturar ao da nutriz e causar efeitos no recém-nascido, como diarreias, cólicas e alergias. Diante disto, uma das puérperas perguntou: *“E quem já tomava muito leite antes, é preferível evitar ou continuar com a mesma dose?”* (Puérpera H – Cc II).

Sugerimos que mantivesse a dosagem que já estava acostumada.

“E mãe que fala assim: ah, eu vou deixar meu filho mamar até quando ele não quiser mais. E depois, de uma hora para outra ela precisa trabalhar, daí ela tem que fazer alguma coisa, quer parar e não sabe como é que faz. Eu tenho uma prima que tem uma filha de um ano e cinco meses e ainda mama, aí ela coloca curativo, coloca esparadrapo e fala que está machucado. E daí tem algum problema, acontece alguma coisa?” (Puérpera I – Cc II).

Ao pedir a opinião do grupo sobre o conhecimento de até quando amamentar, uma das puérperas demonstrou conhecer as recomendações do Ministério da Saúde: *“Até os dois anos é que indicam.” (Puérpera F – Cc II)*. Após nosso elogio à participação, a outra reafirmou sua inquietação: *“E se deixar a criança mamar à vontade e de repente cortar, e aí?” (Puérpera I – Cc II)*. Após retornamos a pergunta ao grupo, a participante anterior (puérpera F), adequadamente respondeu: *“Tem que ir tirando aos poucos, não é?” (Puérpera F – Cc II)*. A partir do que a puérpera F comentou, falamos do papel do aleitamento materno, não só como fonte nutricional, mas também como reforço do vínculo afetivo estabelecido entre a mãe e o bebê, e assim, estimulamos a reflexão sobre as possíveis consequências de uma brusca interrupção. Pensando nestas questões uma das puérperas, secundíparas, afirmou:

“O que é complicado neste negócio da amamentação é que o meu menino mamou até seis meses e o meu leite secou, eu passei para outro meio de sustentar ele, só que deu alergia. Eu criei meu filho até um ano de idade com mingau de maisena. Este, se eu puder, vou amamentar ele até um aninho para mais. Eu teria amamentado, só que neste eu não sei até aonde que eu vou, porque com ele foi até seis meses.” (Puérpera B – Cc II).

Com certa dificuldade de entender exatamente do que ela esta falando, talvez pela rapidez das colocações, solicitamos que explicasse novamente, então percebemos que ela se referia à diminuição de seu leite:

“Foi até seis meses, está certo que eu passei muita incomodação, uma fase meio ruim, isso ajuda bastante também. O meu leite foi até seis meses, só eu espero que com ela e eu consiga amamentar mais, mas o complicado é quando você tira do peito e começa colocar outra comida.” (Puérpera B – Cc II).

Aproveitamos a fala para valorizar a interferência da ansiedade da mulher na produção e ejeção de leite materno e após elogiarmos a conclusão da puérpera ela novamente referiu-se à experiência como importante: *“Experiência, não é.”* (Puérpera B – Cc II). Continuamos nossa fala explicitando com mais detalhes esta questão com exemplos do dia-a-dia das mulheres que podem impedi-las de relaxar, e que esta conscientização pode ser positiva para um período mais duradouro de aleitamento materno. Adequadamente uma participante puérpera ao sentir identificação com nossa fala relatou um caso familiar: *“É o caso do leite quando empedra, não é? A minha irmã, quando ela teve neném, o peito dela ficou enorme, e ela chorava, e quanto mais ela chorava...”* (Puérpera I – Cc II). Para ter uma noção melhor do ocorrido, indagamos sobre a época do acontecimento em relação ao parto e percebemos que a outra puérpera secundípara também se identificou com o relato. *“Depois que ela teve, assim em seguida.”* (Puérpera A – Cc II). *“O meu primeiro também.”* (Puérpera F – Cc II). *“Nossa, dava de ver alguns calombos no seio dela, e quanto mais ela chorava, mais piorava a situação.”* (Puérpera A – Cc II). Esclarecemos sobre a produção do leite após o parto e a possibilidade de ingurgitamento mamário nesta adaptação inicial, até que aconteça a regulação de acordo com as mamadas do recém-nascido. A seguir, com o diálogo bem estabelecido e com pequenas dicas sobre a fisiologia do aleitamento materno, na seqüência várias participaram: *“E quando tu tens muito leite e bebê não dá conta de tomar também.”* (Puérpera F – Cc II). Falamos que no início a produção pode ser maior do que ele precisa e do aprendizado do bebê neste período dura em torno de duas semanas. Mostrando que entenderam, duas puérperas exemplificaram com o que sentiam: *“Até agora, mesmo amamentando nesse eu sinto que o outro parece que está inchando.”* (Puérpera F – Cc II). *“Às vezes chega a fisgar, ou melhor, se você está longe do bebê você sente o seio, começa a arder o bico do seio. Eu mesmo digo: sou mãe e mãe sente!”* (Puérpera B – Cc II). Receando que algumas não estivessem sentindo o mesmo e isto pudesse levá-las a pensar que não estivessem produzindo leite, perguntamos se todas sentiam o que foi citado, muitas responderam que não e uma acrescentou: *“Eu sinto que o meu está dolorido. E ele pega mais nesse aqui.”* (Puérpera D – Cc II). Relacionamos o relato de dor com o início da produção de leite e esclarecemos que nem todas as mulheres sentem fisgadas durante a mamada, que as fisgadas e a cólica são sinais de ejeção de leite, mas que algumas mulheres não percebem estes sinais. A mesma puérpera, identificando o sinal de cólica, afirmou: *“É, quando ele pega eu sinto cólica.”* (Puérpera A – Cc II).

Voltamos ao que a puérpera D havia colocado anteriormente sobre a preferência do bebê por uma mama, indicou que só em momentos de muita fome ele realizava a pega na outra mama, conforme fala a seguir: “*Ele até pega, mas só se ele tiver muito...*” (Puérpera D – Cc II). Instigamos o grupo a se manifestar sobre isto, se haveria algum problema manter esta preferência, a puérpera B declarou: “*O certo seria uma amamentada num seio e uma amamentada no outro. A criança gosta do maior.*” (Puérpera B – Cc II). Ao questionarmos a justificativa de cada mamada ser em uma mama, outra participante explicitou: “*Tem o final do leite que é o leite gordo, que é o que engorda o neném.*” (Puérpera D – Cc II). Neste instante pensamos o quanto, muitas vezes, o conhecimento das puérperas é ignorado, e como estava sendo significativa a experiência de permitir esta troca.

Seguimos então agradecendo e elogiando a contribuição e além de reforçar a informação, estimulamos a reflexão de que isto pode levar a complementos, à diminuição da produção de leite e, assim, sendo importante estimular a pega nas duas, preferencialmente em mamadas diferentes e caso não consiga, em algum momento, realizar a ordenha. Uma das puérpera experientes completou: “*Com a bombinha.*” (Puérpera B – Cc II). Afirmamos ser uma das maneiras e antes de citar, outra puérpera interferiu: “*Ou com a mão também.*” (Puérpera F – Cc II). Corroboramos e complementamos chamando a atenção para algumas dificuldades encontradas no uso da bombinha, como: muitas vezes não se tem à disposição, necessita ser limpa e fervida a cada retirada caso o leite seja para uso posterior (para o bebê ou doação) sendo que alguns modelos não permitem uma higienização adequada e ainda a possibilidade de causar fissura mamilar. Perguntamos então como seria feita a ordenha com a mão, e em seguida a mesma puérpera nos ajudou na demonstração com a mama cobaia: “*Pega em volta do mamilo e se doer está errado.*” (Puérpera F – Cc II). Outra mãe, surpresa perguntou: “*Se doer está errado?*” (Puérpera D – Cc II). Explicamos que a dor normalmente ocorre quando aperta no mamilo e então outra relatou: “*O meu dói.*” (Puérpera D – Cc II). Perguntamos se ela fazia assim e antes que ela respondesse a outra que ajudava na demonstração logo citou: “*Tem que pegar no mamilo todo.*” (Puérpera F – Cc II). Procuramos então um desenho no álbum seriado que mostrasse a pega e a ordenha, o que favoreceu a explicação e, pela atenção dispensada pelo grupo, acreditamos que o entendimento também. Ao final explicamos também a massagem circular na presença de ingurgitamento mamário. Uma participante referiu então o uso de

água gelada: “*Botar na água gelada também.*” (Puérpera A – Cc II). Explicamos que a água gelada poderia auxiliar na constrição dos ductos lactíferos. “*Antes eu pensava que a água quente liberasse.*” (Puérpera I – Cc II). Sendo que os dois cuidados são utilizados corriqueiramente e causam uma liberação momentânea de leite materno, explicamos como agem, mas que dependendo do seu uso podem aumentar ainda mais a produção. Ao questionar sobre temas que ainda desejariam dialogar surgiu, novamente, a dor no mamilo: “*O bico do meu peito quando ele pega, assim, está bem dolorido.*” (Puérpera I – Cc II). “*O meu também só que o meu é um só, então quando eu dou o direito para ela, dói muito estou procurando dar mais o outro, só que a enfermeira já disse que mesmo doendo tem que dar os dois.*” (Puérpera H – Cc II). Reforçamos as orientações de pega e posicionamento do bebê no momento da mamada. “*Ela só mamou no direito, hoje que eu consegui dar o peito esquerdo para ela, que ela pegou bastante assim.*” (Puérpera I – Cc II). Discorremos sobre a importância das tentativas e a importância de uma pega adequada que, além de evitar a dor e prevenir fissuras, também favorece a satisfação do bebê. “*Ela disse para mim, que talvez esteja dando peito certo de um lado e do outro lado dando só o bico, e é onde racha.*” (Puérpera I – Cc II). Demonstramos que foram adequadas as informações da profissional de enfermagem e complementado com mais algumas dicas para que o bebê consiga realizar uma boa pega.

Pelo provável desconforto de estarem sentadas por muito tempo, algumas puérperas já se encontravam há alguns minutos de pé, porém ainda dialogando, tal fato nos levou a avaliar positivamente este círculo de cultura.

Percebendo o esgotamento dos temas, encerramos perguntando como sentiram este momento, as respostas giraram em torno de que foi bom e que sempre ajuda. Então nos colocamos à disposição por mais algum tempo, caso necessitassem, pois permaneceríamos ainda no Alojamento Conjunto.

Em alguns momentos neste círculo, o barulho de uma furadeira em funcionamento nas proximidades da sala nos obrigava a parar, foi bastante incômodo, mas revelando o bom envolvimento dos participantes, após as paradas recomeçava o diálogo sem grandes prejuízos.

O que mais nos chamou a atenção neste círculo foi a participação de todas as puérperas e o interesse em dialogar. Mesmo iniciando com um só tema, parecendo na investigação temática que nada mais teríamos a discutir, ficou evidente que vários temas relevantes relacionados ao aleitamento materno apareceram durante o círculo. Foi importante

também a comprovação que é possível realizar a etapa de investigação temática no mesmo dia do círculo. Diferentemente do círculo anterior, o participante companheiro de uma das puérperas não apresentou fala, mas mostrou-se prestativo com o recém-nascido parecendo querer que a puérpera ficasse livre para participar.

Outro fato que nos impressionou foi a demonstração de um conhecimento atualizado que apareceu em alguns relatos, ratificando a necessidade urgente de dar voz aos sujeitos.

A seguir, apresentamos as etapas de codificação, descodificação dos temas do círculo de cultura II nos Quadros de 9 a 15:

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Conhecimento de campanha de divulgação do decúbito dorsal Discordância da campanha Dúvida sobre a melhor posição Orientação para utilizar decúbito lateral Exemplo da Unidade Neonatal de utilização do decúbito ventral | Pesquisas que evidenciaram diminuição de morte súbita com a utilização de decúbito dorsal Posição para facilitar o arroto do recém-nascido |

Quadro 9 - Posição do recém-nascido no berço.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Experiência como o aleitamento materno Auxílio a outras puérperas | Posições para a mamada Pega da região mamilo-areolar Motivos para o choro |

Quadro 10 - Experiência anterior.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--|
| Desconhecimento da fisiologia Dúvidas quanto à interferência da alimentação Posições e cuidados que promovem alívio Uso de chá para o bebê | Fisiologia intestinal do recém-nascido Uso de medicamentos Manobras para auxílio do funcionamento intestinal do recém-nascido Ingestão de chá pela mãe Risco do uso de mamadeira e chuquinha |

Quadro 11 – Cólicas do bebê.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|--|
| Dúvida sobre restrição alimentar Dúvida sobre supressão de alguns alimentos Pressão familiar | Variedade dos conselhos sobre o que restringir <i>Flavor</i> do leite humano Importância de alimentação saudável para a mãe Alimentos com interferência comprovada no recém-nascido |

Quadro 12 – Alimentação da nutriz.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|--|
| Desconhecimento sobre duração do aleitamento materno Preocupação com o desmame brusco Leite que secou por incomodações | Desmame Introdução de outros alimentos para o bebê Vínculo afetivo |

Quadro 13 – Duração do aleitamento materno.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|--|
| Relação da pega com a dor Conhecimento/desconhecimento sobre a pega da região mamilo-areolar Desconhecimento dos sinais de ejeção de leite | Sinais de ejeção de leite Posicionamento da mãe e do bebê Sinais e sintomas de uma pega adequada Prováveis conseqüências de uma pega inadequada |

Quadro 14 – Peito/mamilo dolorido.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|---|
| Bebê preferindo uma mama Dúvida em manter a preferência do bebê Conhecimento sobre importância do leite posterior | Produção e ejeção de leite Prevenção de ingurgitamento mamário |

Quadro 15 - Preferência do bebê por uma só mama.

Círculo de cultura III

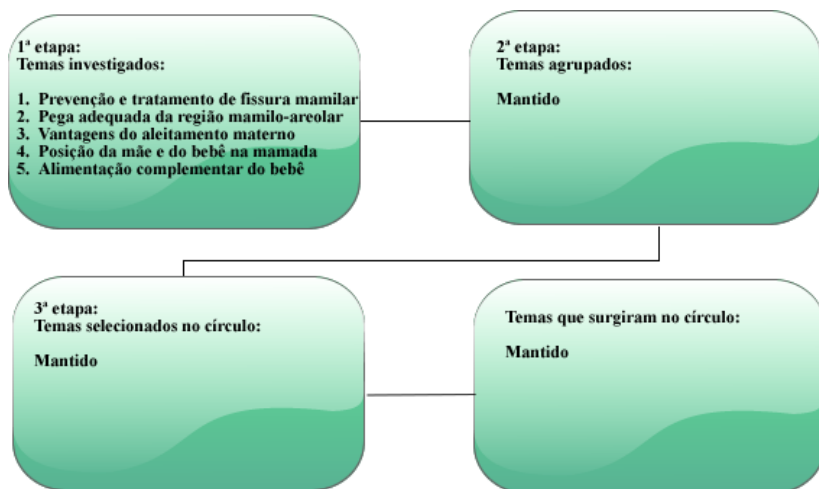


Figura 4 - Representação gráfica da etapa de investigação temática do círculo de cultura III.

O terceiro círculo de cultura ocorreu no dia 18/08/09, sua duração foi de 1 hora e 10 minutos.

Como já descrito no início deste capítulo, neste círculo passamos a realizar a etapa de investigação temática no mesmo dia do círculo de cultura. 11 (onze) puérperas foram convidadas a participar e, portanto, envolvidas na etapa de investigação temática sendo que participaram do círculo 08 (oito) puérperas. Uma acompanhante, amiga de puérpera, chegou durante o início do círculo, foi convidada a participar do estudo e aceitou, totalizando 09 (nove) participantes.

Ao iniciar, percebemos que uma das puérperas tentava amamentar, a narina do recém-nascido encontrava-se obstruída e ela demonstrou preocupação com o assunto, declaramos que já havíamos percebido durante a investigação temática que a equipe de enfermagem estava ciente e acompanhando e que o bebê estava conseguindo mamar mesmo assim. Com esta situação encaminhada, falamos então da investigação temática e apresentamos os temas (figura IV) listados em flip chart, os participantes validaram os temas apresentados com

balançar de cabeças, sem manifestação verbal.

Quando pretendíamos então estimular o diálogo através de um dos temas, entrou a acompanhante de uma puérpera e percebemos que conversava e ria com a puérpera, ao perceber que chamava a atenção, verbalizou o que estava dizendo para sua amiga:

“Até parece que foi eu que ganhei neném. Na verdade eu tenho um filhinho de seis anos, eu tive ele aqui, e a minha experiência de amamentação foi pouca porque ele não quis. Era muito engraçado, ele não fazia isso (mostrando o bebê que mamava), ele pegava no meu seio, colocava a mão no meu seio como se fosse pior coisa do mundo, eu consegui amamentar ele na chuquinha, tirava o meu leite e colocava na chuquinha aí ele tomava, eu fiz isso até os dois meses e meio, quase três.” (Amiga A – Cc III).

Expressamos admiração e ela continuou:

“Aí, depois, o médico dele mandou eu dar o Nestogeno, mas daí trancava muito, isso não é vida para uma criança, e com três meses, quase 4, eu peguei o leite Ninho com Farinha Láctea e dei para ele, o médico queria me matar! O Ninho, com Mucilon e aí foi, minto, Ninho e Maisena que a minha mãe fazia para ele. Aí com seis meses, eu comecei a complementar com papinha, frutinha.” (Amiga A – Cc III).

Aproveitando seu depoimento, reforçamos que é comum outro leite causar constipação intestinal, e incomum com o leite materno.

“Mas o Ninho foi o que ele se adaptou melhor. Todo mundo fala que o leite Ninho é muito forte, mas para o meu filho, para a barriguinha dele, foi o que deu certo. Só o refluxo que o médico achou que se agravou depois que eu tirei o leite do peito, pois é, mas só que fazer o quê? Ele não queria mamar, ele era muito engraçado, eu colocava e ele não mamava, ele chorava desesperado. É muito engraçado eu contando, porque tu olhava aquela criaturinha ali, eu dizia: meu Deus! Já tem vontade própria de não querer mamar. Ele não mamava, era capaz de chorar até se afinar, e olha que eu deixava ele com forme, colocava e não tinha jeito.” (Amiga A – Cc III).

Na tentativa de identificar as causas, questionamos em que momento isto começou, se foi usado algum complemento logo após o nascimento e com sua resposta tivemos certeza de que a condução inicial não foi adequada:

“Quando eu ganhei, ele mamou, só que no terceiro dia ele teve um amarelaozinho e ele foi para a Neonatal, e lá as meninas, elas não

sabiam exatamente o horário, e quando eu descia elas já tinham dado o leitinho na seriguinha. Depois disso, assim, ele até mamou um pouco no peito, mais uma semana depois ele não quis mais.” (Amiga A – Cc III).

Realizamos algumas considerações sobre a “confusão de bicos” e em seguida contamos com outro depoimento a este respeito: *“Eu, pela experiência, da minha filha com 14 anos, acho que a chuquinha atrapalha, a seringa atrapalha. E realmente atrapalha!” (Puérpera A – Cc III).* Ao reafirmarmos que existem pesquisas comprovando esta “confusão” com a chuquinha, a segunda puérpera colocou-nos a sua impressão sobre o assunto mantendo diálogo com a acompanhante: *“Eles acham aquilo muito fácil, vem o leite muito fácil.” (Puérpera A – Cc III).* *“Com a seringa também vem fácil.” (Amiga A – Cc III).* *“E no peito não, ele tem que fazer esforço de sugar.” (Puérpera A – Cc III).* *“E todo mundo fala assim: tu deixou o furinho bem pequeno na chuquinha?” (Amiga A – Cc III).* *“Não é a mesma coisa, é molinho.” (Puérpera A – Cc III).*

Já que as colocações apresentavam relação direta o tema: pega da região mamilo-areolar, indagamos os participantes do círculo sobre a possibilidade de continuar com este assunto e os mesmos demonstraram aceitação. Utilizamos as figuras de um álbum seriado para demonstrar as diferentes pegas e os sinais que nos levam a reconhecer cada uma. Enquanto explanávamos, percebíamos a atenção e concordância dos participantes. A seguir, a participante acompanhante, novamente verbalizou: *“Eu sinto por não ter amamentado mais, mas ele não quis.” (Amiga A – Cc III).* Tentamos então deixar claro nosso pensamento sobre o provável “confusão de bicos” que aconteceu no processo de amamentação do seu filho e, portanto, não sendo culpa dela ou de seu filho. Uma puérpera nos ajudou comentando e gesticulando que a memória do recém-nascido seria breve: *“A memória deles é...” (Puérpera B – Cc III).* Apresentando-se como uma grande preocupação, a acompanhante continuou relatando.

“É, por mais que eu tentasse dar. Eu não tinha bico, eu não tinha nada, aí eu ganhei aquelas conchas e aí que formou o bico do peito, dava muito bem para ele pegar, e descia, e eu tinha tanto leite, tanto, tanto que até o ano retrasado eu tinha leite ainda, quando aberta ainda sai. Mas fazer o quê? Não pegou, não pegou!” (Amiga A – Cc III).

Estimulamos reflexão sobre a importância de analisar os fatos com conhecimento, que muitas vezes modificamos nosso pensamento

acerca das coisas. E, neste caso, ter a certeza de que teve um motivo para não mamar e não simplesmente que o bebê não queria. A seguir sua amiga manifestou-se colocando coisas que ouviu em um veículo de comunicação:

“E assim, o negócio de dar a chuquinha, porque quando a gente chega em casa, eu já vi um médico falando até na a televisão, que tomar leite, refrigerante, achocolatado, eu acho que já na maternidade deveria ser falado mais ou menos principalmente aos marinhos de primeira viagem a dieta, para saber o que você pode comer, para dar o peito para o teu neném e não arrebentar, porque daí dá cólica. Quando ele quer mamar muitas vezes e pega errado, porque que estás com pressa, ou você está muito nervosa, e isso eu sei que arrebenta o peito mesmo, porque daí pegou errado. E cólica, principalmente, porque daí ele quer mamar, e eu já vi muito isso, porque e ele mama muito além da conta, além do que ele deve mamar pelo fato de a mãe comer coisas que afetam o leite, e a gente sabe que realmente afeta, não é?” (Puérpera A – Cc III).

Perguntamos exatamente o que o médico havia falado e, a seu modo, ela complementou com informações importantes: *“Porque é muito gorduroso, porque são coisas gordurosas que vão para o leite, por causa da proteína que tem no leite, vão para o leite e acabam afetando o neném de alguma forma.” (Puérpera A – Cc III).* Perguntamos o que conheciam ou haviam visto relacionado com a alimentação da nutriz.

“A minha madrinha já disse, porque eu tomava achocolatado todos os dias, e ela já cortou. Cortou o refrigerante, o achocolatado, essas coisas de leite puro eu não bebo, não gosto de leite, mas bebia café com leite e ela já falou: quer beber café-com-leite, então coloca um pouquinho de café e um monte de leite, mandou cortar refrigerante... E a minha neném no começo, no domingo, ela estava tendo muita cólica e não estava conseguindo pegar, e rachou o meu peito inteirinho, está do todo dolorido ainda, todo rachado, aí por causa da cólica começou a rachar esse aqui também, graças a Deus agora conseguiu pegar direito no peito, agora está mamando direitinho, graças a Deus passou agora.” (Puérpera C – Cc III).

“Eu vejo assim, porque esse é o meu terceiro. O meu outro não rachou, não deu calor de figo. No outro, deu infecção na ponta do meu peito que saía até pus, mas porque eu tomei leite, e eu não sabia, e fiquei sabendo depois que não podia tomar leite.” (Puérpera A – Cc III).

Não entendendo muito claramente toda a mensagem, perguntamos de que forma a ingestão de leite pela puérpera influenciava na fissura, e percebemos que esta tinha uma boa noção de como isto acontecia. *“Claro, porque daí dá cólica, aí ele suga, suga, suga com gana, se mamar vai aliviar, e nem sempre é a melhor saída.”* (Puérpera A – Cc III). Indagamos se na entrevista a que ela referiu, o médico citou algo sobre o aumento da ingestão de leite pela nutriz, sobre a importância de manter uma alimentação rica em cálcio, mas na proporção que já consumia anteriormente. Por algum tempo, com interferências mínimas de nossa parte, dialogaram sobre o assunto conforme segue: *“Mais de outra forma o cálcio é queijo... eu não lembro que outras comidas que tem.”* (Amiga A – Cc III). *“Mas se é derivado do leite, não pode comer por causa da amamentação, pode tomar um cafezinho com leite, um pouquinho, mas um café com leite, não é o leite especificamente puro.”* (Puérpera A – Cc III). *“Eu não sabia que era assim!”* (Amiga A – Cc III). *“Mas o que ele falou é tudo que é derivado do leite e o leite, o leite puro em excesso.”* (Puérpera B – Cc III). Repetimos que acreditávamos que o segredo seria o controle do excesso. *“Principalmente os mais antigos, tem que tomar bastante leite que tu vai ter leite...”* (Puérpera A – Cc III). Sinalizamos positivamente.

“É, porque daí você vai ter leite, eu sei que bastante líquido, quanto mais suco, chá, mais leite, o suco e o chá se você tomar, você vai ter mais leite, por que o leite formado por uma gordura, que eu sei, não é? É uma gordura como a que a gente tem casa para fazer comida, ele é uma gordura dentro do peito, igual a uma cabeça de couve-flor dentro do peito, não é?” (Puérpera A – Cc III).

Complementamos que normalmente a denominação de couve-flor é utilizada para se referir à glândula mamária e deixamos a puérpera dar seguimento. *“É isso mais ou menos, não é? Tentando identificar.”* (Puérpera A – Cc III). Neste momento achamos necessário introduzir o desenho da anatomia da mama contido no álbum seriado. *“É uma gordura...”* (Puérpera A – Cc III). Ao nos referirmos novamente como glândula ela completou com firmeza: *“E aí por trás tem uma gordura, e que ela vai se desmanchando conforme ele vai mamando, que vai esquentando...”* (Puérpera A – Cc III). Comentamos sobre a fisiologia da produção e ejeção do leite, do controle realizado pela mamada e que o leite é sintetizado a partir do nosso sangue e que a gordura está nele incorporada, assim como outros componentes. Falamos também das

recomendações de manter uma dieta saudável, sem aumentar ingestão de leite. Explicamos a incorporação do leite de vaca ao leite materno e suas conseqüências, que em nossa intervenção anterior não foi detalhada.

Sentindo falta da outra restrição comumente divulgada a puérpera D indagou: *“E o refrigerante?”* (Puérpera D – Cc III). Complementamos que esta restrição de refrigerante se refere aos do tipo Cola, devido à presença de cafeína, o que também ocorre com o chocolate, causando agitação no recém-nascido e não necessariamente cólica. Elogiamos a contribuição da puérpera por citar os alimentos que se recomenda cautela.

“É uma coisa que você sai do hospital e muitas vezes não sabe que tem que ter uma dieta, não quer dizer que te vai comer canja como antigamente. Quarenta dias, você não vai comer canja quarenta dias, vai comer outras coisas normais, mas não em excesso. Pode tomar um leite com café, muitas vezes uma bolacha, um pão, mas não em excesso, sai do hospital, e agora o que eu vou comer? Podes comer de tudo. (Puérpera A – Cc III).

Com nossa insinuação de que algumas pessoas falam em eliminar as frutas cítricas da alimentação, outra puérpera acrescentou: *“É me falaram que a laranja, a lima pode, que não é tão ácida, mas a laranja normal é muito ácida e dá cólica no neném. Tudo dá cólica no neném, eu falei: eu não vou comer?”* (Puérpera C – Cc III). Lembramos aos participantes que as informações a este respeito são variadas, que se modificam de pessoa para pessoa e se a nutriz seguir todos os conselhos ficará com a alimentação bastante limitada. A puérpera anterior completou nossa fala, o que gerou novamente diálogo entre o grupo sem nossa intermediação:

“Mas eu digo assim uma dieta balanceada, o feijão novinho que não dá, não o feijão requeentado, que o requeentado realmente dá, não só cólica no neném como cólica na gente mesma. Uma dieta realmente mais saudável.” (Puérpera A – Cc III).

“Mas isso não é só para quem está amamentando, é para vida da gente toda!” (Amiga A – Cc III).

“Mas tem gente que sai do hospital e diz: ah, eu vou comer um X-salada, eu vou tomar uma Coca-Cola, vou comer um monte de batata frita, e daí como é que vai fazer, tem, eu sei que tem. Uma moça no ano passado que estava no quarto comigo, o marido dela foi e comprou X-

salada, refrigerante aí eu pensei, coitada, e realmente o menino dela incomodou na noite seguinte que você não tem noção.” (Puérpera A – Cc III).

“Eu também, o meu namorado chegou com uma caixa de bombom no quarto, a minha mãe pegou, e o pior é que a gente fica com vontade. Eu até não gostava, na minha gravidez eu comecei a gostar, eu engordei 20 kg por que vocês não têm noção o tanto de doce que eu comia. Antes disso nada doce, bolo, docinho, eu não comia nada.” (Puérpera C – Cc III).

Após o depoimento da última puérpera a risada tomou conta do grupo. E bem decidida acrescentou: *“Sei que só tive uma gravidez, eu não quero mais passar por regime.” (Puérpera C – Cc III).* Na seqüência, a maioria dos participantes falou ao mesmo tempo, vibrando com algumas colocações e trocando experiências neste sentido. Ao acalmar os ânimos, sugerimos comer com moderação e outra sugestão veio: *“Come um, já que você engordou tanto na gravidez.” (Amiga A – Cc III).* Aproveitamos para reafirmar a importância da alimentação variada também devido ao *flavor* dos alimentos que se apresenta no leite materno e a importância dele na introdução de outros alimentos ao bebê após a fase de aleitamento materno exclusivo.

Percebendo o esgotamento do assunto, nos remetemos aos temas investigados e perguntamos o que queriam discutir: *“A posição. É porque eu estou com dor nas costas e não me ajeto para dar mamar.” (Puérpera B – Cc III).* Relatamos que a dor lombar é comum no pós parto devido à modificação ocorrida na gestação, como na investigação temática observamos alunos de fisioterapia trabalhando com ela, perguntamos o que haviam falado sobre a posição: *“Não, elas só falaram para achar uma posição confortável para o bebê pegar direitinho na aréola, para não machucar, mas é que não tem como, na cama eu sento, mas ou ela pega certo no meu peito, ou eu sento direito.” (Puérpera B – Cc III).* Falamos das várias posições possíveis para a mãe, ressaltamos a importância de apoiar os pés e o dorso, e as formas de segurar o bebê para amamentar. Para facilitar o entendimento, demonstramos com o auxílio do boneco bebê.

“Não é o sentar. Tem que aprender a que pegar o teu neném com uma mão só, tem que pegar o teu peito com outra mão para colocar na boquinha dele, se não, nem sentada nem deitada. Sabendo pegar o peito tu vais conseguir ajetar ele e achar uma posição boa para a ti. Pelo

menos eu sinto isso, eu subi mais na cama e pedi para colocar o travesseiro nas costas para poder amamentar ele.” (Puérpera A – Cc III).

Retificamos o incentivo dado pela participante puérpera. *“Deitada eu consigo, só que como as enfermeiras mandaram eu andar, eu não queria dar de mamar para ela deitada.” (Puérpera B – Cc III).* Lembramos aos participantes que há uma recomendação de elevar a cabeça do recém-nascido quando este mamar deitado devido à possibilidade de drenar leite para o canal auditivo. Percebemos que apesar do aceite da informação surgiram comentários ainda sobre as posições, reforçamos então as sugestões de como segurar o bebê para que se sinta confortável e consiga realizar uma boa mamada. *“Eu já vi tantas mães pegar a criança de lado de barriga para cima e aí dizer: mama. E se quebrar toda para colocar o peito dentro da boca do bebê e está virado de barriga para cima.” (Puérpera A – Cc III).* Demonstramos como seria difícil o bebê realizar a pega da aréola desta maneira. *“O meu, eu sou obrigada a ficar com a mão ali, se não eu afogo ele, meu peito é muito grande.” (Puérpera A – Cc III).*

“Eu também se não tiver puxando, pelo menos um pouquinho, amassa o nariz dela no meu.” (Puérpera C – Cc III). Comentamos então que algumas vezes é necessário segurar e que é uma adaptação entre a mãe e o bebê. Novamente dialogaram sem nossa interferência: *“Ela tem o nariz do pai, bem grudadinho, parece que nem tem nariz, parece um montinho perdido no meio do rosto, aí encosta boquinha dela no meu peito já cobre.” (Puérpera C – Cc III).* *“Mas eu já vi várias mães ficar com neném assim em pé, aí depois não consegue botar, aí diz: não consegui botar, mas é só pelo fato de que não acertaram a posição.” (Puérpera A – Cc III).* *“Quando eu fui tentar colocar ela sozinha, não sabia dar de mamar, eu chamei a enfermeira para ela me ajudar, ela pegou desembrulhou ela toda, porque eu estava com ela com cobertor e tudo e querendo dar de mamar para ela.” (Puérpera F – Cc III).* *“É assim, você sente o calor, o teu neném também sente calor, é a mesma coisa, não adianta você enrolar, aí a minha sogra chegou e enrolou ele e todo.” (Puérpera A – Cc III).* *“Sogra é sogra.” (Amiga A – Cc III).* *“Eu já tava suada, passando calor ali no quarto, na hora que você estava ali no quarto, eu disse para o meu marido, abre a janela pelo amor de Deus, me deu um calorão, por que o calor que eu estava sentindo, o neném também estava sentindo...” (Puérpera A – Cc III).* Referia-se ao momento que estávamos no quarto realizando a investigação temática, lembramos que

a mamada do bebê é como qualquer exercício físico, que causa sudorese. “É, então não precisa enrolar, o meu marido querendo trancar a janela e eu querendo abrir, porque não precisa, já dizem: abre a casa, ventila a casa. E não precisa trancar porque está no hospital.” (Puérpera A – Cc III). Sugerimos também, em alguns casos, que a mão seja posicionada em formato de C, para suspender a mama e facilitar a pega. Outra sugestão foi apoiar o corpo do bebê com travesseiro ou almofada para a mulher não se cansar com facilidade.

A puérpera A narrou sua dificuldade com o primeiro filho: “O que eu passei com a minha primeira é que eu não tinha bico. Eu custei para dar de mamar porque além do peito ter enchido muito, ela não conseguia abocanhar porque não tinha bico.” (Puérpera A – Cc III). E sua amiga a seguir mostrou o seu mamilo: “Eu não tinha nada, isso aqui foi por causa do mamar.” (Amiga A – Cc III). “Muitas vezes muitas nem tem, principalmente as mães de primeira viagem, às vezes está cheio, como o meu ficava.” (Puérpera A – Cc III). Comentamos a dificuldade dos bebês em abocanhar a aréola quando o peito está muito cheio, os depoimentos continuaram: “Eu só conseguia dar de mamar para minha filha quando eu tirava em casa um pouco do leite, e aí dava um pouco de ponta no bico para ela poder sugar, para poder pegar, se não é não conseguia dar de mamar.” (Puérpera A – Cc III). “Eu também.” (Amiga A – Cc III). A puérpera A citou que utilizava a bombinha manual, então questionamos sua amiga sobre como fazia para retirar o leite e a seguir solicitamos que demonstrasse: “Ah! Com a mão. O que eu fazia? Eu pegava...” (Amiga A – Cc III). Impressionou-nos que a participante recusou o oferecimento da mama cobaia e demonstrou com o próprio peito. À medida que ia fazendo, elogiávamos e íamos complementando as informações. “Eu fazia assim, porque nesse aqui não descia, este aqui saia mais fácil.” (Amiga A – Cc III). “Isso eu fiz na primeira, depois na segunda, desde os quatro meses de ele gravidez no meu peito vazava leite. Já, a médica mandou tirar em casa porque era muito leite, se apertar um pouquinho jorra, não sai pouquinho.” (Puérpera E – Cc III). Como outra puérpera também havia citado anteriormente a bombinha manual como outra forma de retirar o leite, então mostramos os modelos de bombinha e abordamos os problemas encontrados com o seu uso, como a dificuldade de higienizar e assim contaminar o leite ordenhado, e a possibilidade de causar fissuras na região mamilo-areolar. Complementamos com orientações de congelamento do leite após a retirada e reforçamos que a boa pega e a ordenha manual previnem as fissuras.

No momento que falamos da pega, uma puérpera, não se identificando com as figuras apresentadas e a mama cobaia, referiu-se ao tamanho de sua aréola: *“Ah, mas a minha, ela é muito grande e eu não consigo, já tentei e não consigo.”* (Puérpera E – Cc III). Tranquilizamos a participante relatando que os tamanhos de aréola são variados e afirmando que, no seu caso, basta fazer com que o bebê abocanhe uma boa parte.

“Está toda rachada por isso, ela estava pegando só no bico e puxava, a enfermeira pediu para que eu tentasse colocar mais a aréola dentro da boca dela, ela falou para mim: pega assim até ela pegar, depois pode puxar um pouquinho para não afogar ela.” (Puérpera E – Cc III)

Insinuamos que seria bom roçar o mamilo nos lábios do bebê para melhorar a abertura da boca e favorecer a boa pega. A este respeito, com as palavras da puérpera, percebemos que as orientações da equipe de enfermagem apresentavam conformidade com as nossas: *“Ela mandou estimular.”* (Puérpera E – Cc III). Ilustramos, mostrando na figura do álbum seriado, como poderia realizar a retirada do bebê do peito após uma pega pouco adequada e oferecer novamente.

Prosseguimos com questionamentos sobre cuidados com a fissura e obtivemos as seguintes respostas: *“Não passar sabonete, nem no bico, nem na aréola, só passar água quente mesmo.”* (Puérpera G – Cc III). Elogiamos a resposta.

“Depois de o peito rachar, ele é igual o lábio da gente, então a melhor coisa é passar manteiga de cacau, isso geralmente se faz em casa, não precisa fazer aqui no hospital, mas quando racha em casa, passar a manteiga de cacau ou usar o secador na distância de uns quatro palmos, para ele ajudar a cicatrizar, para você conseguir dar de mamar.” (Puérpera A – Cc III).

Sobre a lubrificação, comentamos que na instituição de estudo estão distribuindo um óleo, ácido graxo essencial, para aplicar na região da fissura, porém não sabíamos se alguma participante havia recebido. A puérpera demonstrou seu descontentamento: *“Esse óleo não é bom! Eu não gostei desse óleo!”* (Puérpera A – Cc III). Declaramos que não tínhamos experiência com o uso do óleo e diante disso ela completou seu depoimento: *“Eu tenho experiência, com esse óleo, que é de cacau, não rachou, ele infeccionou, a infecção tomou conta do meu peito, ele tinha pegado errado na primeira mamada e já arreventou e eu passei, e aquilo ao invés de sarar, infeccionou.”* (Puérpera A – Cc III). Indagamos se o óleo era mesmo de cacau ou este de semente de girassol:

“É de cacau, de semente de girassol, sei lá, infeccionou a ponta do meu peito.” (Puérpera A – Cc III). Aproveitamos para acrescentar que a fissura serve como porta de entrada para bactérias que podem causar infecção na mama.

“Infeccionou de dentro para fora, do bico mesmo!” (Puérpera A – Cc III).

Entendemos que a puérpera queria dizer de fora para dentro, atribuindo a causa ao óleo utilizado. Solicitamos cuidado em utilizar qualquer coisa no peito devido ao risco de infecção, a puérpera concordou que no caso da manteiga de cacau, não utilizaria para outra função: *“É, só para aquilo.” (Puérpera A – Cc III).* Inquirimos se sabiam de outras coisas que se usa no peito para melhoria da fissura mamilar.

“Ah, eu já ouvi falar cenoura com mel, aquele sumo, mistura com mel e passa, eu fiz isso uma vez e quase morri, aquilo ardeu de uma forma inesperada, e foi aí que eu aprendi a manteiga de cacau. Foi até aqui no hospital que me orientaram fazer a cenoura com mel, eu coloquei e na mesma hora eu tive que lavar, de tanto que ardeu. Aí me disseram: tens que agüentar, tem que agüentar não!” (Puérpera A – Cc III).

Citamos outras, que atualmente também estão abolidas e explicamos que devido, principalmente, ao mesmo motivo do risco de infecção, não são recomendados. Indicado o uso do leite materno posterior.

“A manteiga de cacau, eu usei porque não fazia tão mal, porque depois lava antes de dar de mamar e ela não machuca, porque geralmente o leite seca no sutiã, no protetor, e a manteiga de cacau dá uma protegida, ela não pega no pano.” (Puérpera A – Cc III).

Indicamos umedecer antes de retirar, sendo sugerido pela puérpera o uso do próprio leite. *“Ou espremer o leite.” (Puérpera A – Cc III).*

A seguir outra puérpera relatou um comentário da equipe de enfermagem e outra um caso familiar:

“A moça me disse para não deixar de amamentar neste aqui por causa da dor, porque agora ela já conseguiu pegar direitinho, ela disse: não deixe de amamentar por causa da dor porque senão o teu leite vai empedrar só de um lado, como eu estou com muito leite, ela falou se não está conseguindo dar agora, vai tirando do outro, mas não deixa de

dar no peito.” (Puérpera E – Cc III).

“E outra coisa que acontece muito, teve até uma tia da minha filha que ganhou faz um mês, é assim, ficar meia horinha, e às vezes aquela meia horinha o neném não enche a barriga, não é? Tens que ficar pelo menos uma hora, aí a médica questionou ela que a menina estava muito magrinha e ela respondeu: ah! eu fico meia hora, porque logo ela dorme. Então perguntou: e quando ela acorda você dá de novo? Ela diz: mas eu terminei de dar de mamar agora tem que dar de novo? É, ela é uma recém-nascida, ela não tem noção da comida.” (Puérpera A – Cc III).

Parabenizamos o relato do caso por exemplificar bem que o leite materno é nutritivo, mas digere rapidamente quando comparado ao leite de vaca, por isso a necessidade de oferecer o peito frequentemente.

“Ontem a enfermeira falou para mim, porque a minha menina pegou no peito e ontem ela estava mamando bastante, uma hora, uma hora e meia ficando no peito, se ela dormir mexe na orelhinha, no pezinho, e se ela dormir por mais de três horas, vai lá e vê se tem que trocar a fralda, só para mexer nela, para ela acordar e coloca no peito de novo, não vai deixar a menina porque está dormindo, quatro horas, cinco horas.” (Puérpera E – Cc III).

Diante do depoimento, para que não houvesse dúvidas quanto à livre demanda, discorremos sobre esta adaptação inicial, até conhecer o comportamento do bebê e reconhecer uma mamada adequada. “O meu hoje mamou de 1/1h.” (Puérpera H – Cc III). “O meu acordava de 1/1h, ele acorda ainda até hoje, ele tem 1 ano.” (Puérpera A – Cc III).

Falamos da importância de uma boa mamada para a satisfação do bebê e o esvaziamento do peito da mulher. “No caso dela não, não está esvaziando, mas tem bastante menina nova que faz isso.” (Puérpera A – Cc III). Ao citarmos a impaciência ela concordou: “É, a impaciência.” (Puérpera A – Cc III). Ressaltamos que é essencial dedicar-se à amamentação.

“Eu fiz um curso de gestantes, e falavam sobre amamentação, que tinha que dar de mamar mas esquecer do mundo, só você e teu filho, dizem que não existe leite que não sustente uma criança, sustenta, só que existe o leite que fica amargo por causa das incomodações, do stress da mãe, que fica preocupada, se ela está dando de mamar e fica incomodada porque tem que lavar louça, tem que fazer isso ou aquilo, passa aquilo tudo para criança, ela falou para mim que quando eu for dar de mamar para esquecer do mundo.” (Puérpera E – Cc III).

Relatamos nossa experiência quanto a isto, pensávamos que o tempo da mamada eram horas que não perderíamos com doenças, remédios e hospitais. Citamos a diarreia, a otite, a gripe, a pneumonia como exemplos de doenças evitadas pelo aleitamento materno. Admitimos dificuldades em razão do imediatismo inerente a todos nós, mas que seria importante olhar para frente, visualizar as coisas boas que o aleitamento materno pode proporcionar.

“Quando eu casei, eu era meio estressada com a casa limpa, com as coisas, depois que eu engravidei do meu menino que tem um ano, a casa pode estar virada de perna para o ar, o meu marido que vai almoçar 1h, 2h da tarde, se não quiser, ele que vá fazer almoço. Mas eu não deixo de cuidar, primeiro o banho dele, a comida dele, depois é a nossa. O tempo precioso que você perde com os filhos até 7,8 anos, é para a vida toda, porque a minha também tem 14 e eu continuo perdendo tempo com ela. Porque o tempo que você perde com o filho, você vai ver o quanto teu filho é maravilhoso, que o filho retribui isso para ti. Eu tenho uma filha que é maravilhosa, ela está em casa com pequenininho, ela já deu um banho ela já deu o mamar, e sei que ela fica realmente com ele, ela não vai judiar dele, não vai maltratar, são coisas que você cultivava com o teu filho, desde pequenininho. Ele com um aninho, eu já digo para ele: o maninho vai nascer ele vai chorar, e ele já sabe, é super carinhoso. E isso vem desde o amamentar, a minha é um grude só.” (Puérpera A – Cc III).

Declaramos comungar com esta declaração e informamos a existência de pesquisas comprovando que crianças amamentadas, futuramente, apresentam menor envolvimento com drogas e com violência, tornam-se adultos mais estáveis, jovens mais calmos. Durante nossa fala houve uma interrupção pela entrada de uma copeira avisando que a janta estava servida. Nossa sensação foi de que com este aviso a reunião teria acabado, ou esvaziaria a sala, ou as pessoas se mostrariam inquietas e não participariam mais. Porém, para nossa surpresa, o diálogo continuou: *“Eu mamei no peito da minha mãe só dois meses, que a minha madrinha, a que estava aqui, foi lá e me empanturrou de mingau, eu não parava de chorar então me deu mingau, mamei só até os dois meses, agora o meu vou tentar até os dois anos.” (Puérpera C – Cc III).* Refletimos com os participantes sobre as campanhas de amamentação, escassas de 15 a 20 anos atrás (faixa etária da puérpera que fez o relato), e do forte incentivo substitutos do leite materno existente nesta época. Exemplificamos com nossa experiência, como foi

diferente nos dois filhos, hoje um com 19 e outro com 14 anos.

“Um monte de gente falou para mim, o médico também, tem que amamentar, só amamentação até os seis meses, depois complementar, sopinha, papinha, essas coisas. Um monte de gente diz para mim: ah não! A partir do quarto mês já começa a dar um monte de coisa para criança porque o teu leite não vai sustentar, aí eu perguntei para o médico, ele falou: todo o leite sustenta.” (Puérpera E – Cc III).

“Todo o leite sustenta, quanto mais estimular, quanto mais der mamar, mais leite vai ter, só que tem gente que, às vezes, passa muito tempo sem dar de mamar, então não é que o leite não está sustentando ou que é fraco.” (Puérpera A – Cc III).

Relembramos ser este o caso citado anteriormente: *“É, ela dava meia hora e ficava duas horas para depois dar de mamar de novo, então era obrigada a dar um complemento por que ela já não tinha mais leite suficiente para dar para menina.” (Puérpera A – Cc III).*

Indagamos sobre o conhecimento dos participantes sobre a composição do leite posterior, a mesma puérpera disse que já tinha ouvido algo a respeito, então relacionamos o relato anterior com a provável dificuldade do bebê em adquirir peso por não ingerir o leite posterior.

“O meu menino mamou até aos quatro meses eu gostaria que tivesse mamado mais, que tivesse mamado até agora, mas o meu menino tem um ano e tem 75 cm, é um baita de um alemão, todo mundo pergunta como é que coube dentro de você, porque ele é um baita, é enorme, um ano de idade. Com seis meses ele já estava de um do tamanho de uma criança de um ano, a médica ficou admirada, ele só mamou quatro meses! Mas foram quatro meses fundamentais na vida dele, por isso que eu digo.” (Puérpera A – Cc III).

Falamos da recomendação de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e que é essencial pensar em tudo o que foi discutido para traçar o próprio caminho. A puérpera então, mais uma vez reforçou a importância de priorizar o momento de amamentação: *“Senta e deixa a casa cair, deixa tudo quebrar.” (Puérpera A – Cc III).* Complementamos com a continuidade do aleitamento materno até dois anos ou mais e ouvimos outro depoimento da mesma:

“E o meu foi assim que ele parou de mamar com quatro meses, nós começamos a dar Nestogeno para ele, depois nós descobrimos que não poderíamos dar, nem leite em caixinha, ele é intolerante à lactose, e agora: arruma um leite de soja que ele possa tomar? Mais carro! Aí

descobrimos que ele conseguia tomar o leite Ninho que não dava nada, nem dor de barriga e nem trancava, então ficou naquele, mas só eu disse para o meu marido: não está dando, é R\$ 10,00 a lata, e isso que o Ninho é barato, porque o de soja que tínhamos que comprar saía em torno de R\$ 28,00, então tem tudo isso ainda, não é só uma coisinha.” (Puérpera A – Cc III).

Declaramos que comungávamos com seu pensamento e devido à janta, já servida, sinalizamos que encerraríamos, mesmo assim, a puérpera que durante todo o círculo se mostrou mais falante, continuou um pouco mais: *“O meu pai diz que eu sou chata, eu não posso ser mais pela metade, tem que ser mãe em tempo integral.” (Puérpera A – Cc III).* Perguntamos se em sua visão isto seria ser chata, ela deu alguns exemplos práticos de como age com o filho:

“Por que se suja com bolacha, eu já vou lá e limpo, meu pai diz: o por que você faz isso? Para ele ficar limpinho. E eles pegam no meu pé, porque os dois fazem a vontade do meu filho, eu digo que só não pode berrar, pode brincar, pode rolar na lama, menos gritar, eu sou contra uma criança gritar. Dizem que eu sou muito chata, tem que estar limpinho, arrumadinho.” (Puérpera A – Cc III).

Após ouvirmos, solicitamos que informassem como se sentiram participando do círculo, não obtivemos longas respostas, apenas que foi bom e afirmaram positivamente com o balançar de cabeças e sorrisos. Agradecemos a presença, nos colocamos à disposição para contato posterior. Já que relataram que o círculo foi bom, nos dirigimos a uma das puérperas que menos participou, e perguntamos se estava bom apesar da dor nas costas e esta confirmou, pois em alguns momentos do círculo, percebemos que a mesma tentava se acomodar na cadeira parecendo sentir dor lombar. A seguir as participantes mantiveram conversas informais antes de retornar aos quartos, principalmente sobre a dor lombar e o tipo de parto de cada uma.

Este círculo, particularmente, teve grande participação de algumas puérperas, principalmente de uma, e pequena participação de outras. Em alguns momentos no decorrer do círculo nos preocupou esta predominância, mas, ao perceber que as informações e depoimentos eram relevantes, normalmente ligados aos temas investigados e que as puérperas que participaram menos, permaneciam atentas aos relatos, deduzimos que esta era a forma de participação destas puérperas. Tivemos esta impressão confirmada ao final, quando mesmo tendo

oportunidade de sair, permaneceram um pouco mais.

Outro fato que nos chamou a atenção foi a grande participação de duas das integrantes mais jovens deste círculo, mostrando que muitas vezes a pouca idade não é o que determina o interesse e a preocupação com a saúde do seu filho.

Abaixo, nos Quadros de 16 a 20, as etapas de codificação e descodificação dos temas do círculo de cultura III:

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--|
| Alimentação da mãe/cólica do bebê influencia na fissura | Variedade dos conselhos sobre o que restringir |
| Dúvida sobre supressão de alguns alimentos | <i>Flavor</i> |
| Sofrimento com a supressão de alguns alimentos | Importância de alimentação saudável para a mãe |
| Não utilização de sabonete | Alimentos com interferência comprovada |
| Experiência negativa com tratamentos caseiros e ácido graxo essencial | Ordenha |
| Uso de manteiga de cacau | Recomendação sobre não utilização de tratamentos caseiros |
| | Cuidados com aplicação de substâncias na região mamilo-areolar |
| | Hidratação e lubrificação do mamilo com leite posterior |

Quadro 16 – Prevenção e tratamento de fissura mamilar.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--|
| Conhecimento relativo sobre a pega adequada | Sinais e sintomas de uma pega adequada |
| | Prováveis conseqüências de uma pega inadequada |
| | Produção e ejeção do leite |

Quadro 17 – Pega adequada da região mamilo-areolar.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|--|
| Importante para o crescimento e desenvolvimento da criança | Proteção contra doenças |
| Bom vínculo com a mãe | Melhor estabelecimento do vínculo mãe-bebê |
| Criança mais carinhosa | Estabilidade emocional na adolescência |
| Não custa nada | Recomendação de duração da amamentação |

Quadro 18 - Vantagens do aleitamento materno.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|--|
| Dificuldade em se posicionar devido à dor lombar Percepção da dificuldades de algumas mães em posicionar o bebê | Posicionamento da mãe e do recém-nascido |

Quadro 19 - Posição da mãe e do bebê na mamada.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--|
| Bebê recusou o peito Conhecimento sobre confusão de bicos Intolerância a lactose Conhecimento de que o leite materno sustenta o bebê | Fácil digestão do leite materno Livre demanda Modificação do leite materno durante as mamadas Duração do aleitamento materno Confusão de bicos |

Quadro 20 - Alimentação complementar do bebê.

Círculo de cultura IV

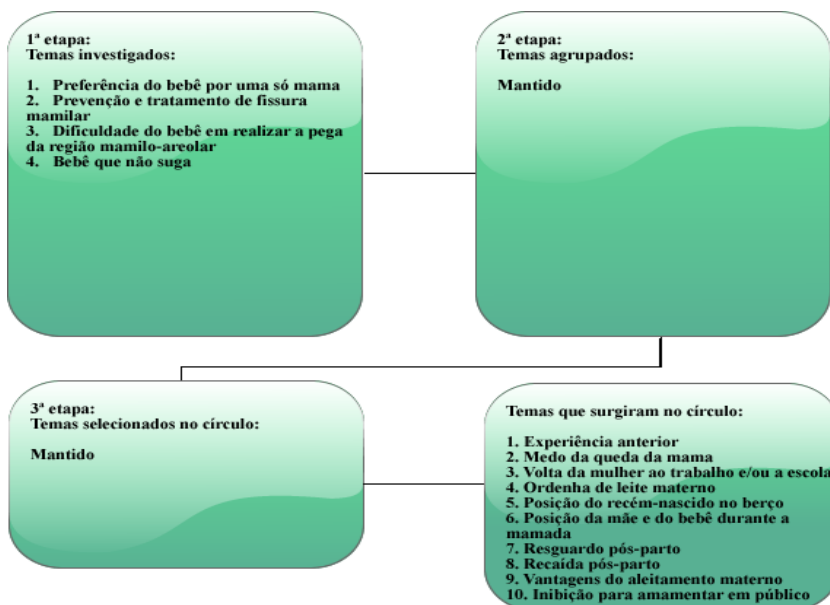


Figura 5 - Representação gráfica da etapa de investigação temática do círculo de cultura IV.

No dia 20/08/09, realizamos o quarto círculo de cultura com duração de 1 hora. Para este círculo, fizemos a investigação temática com 05 (cinco) puérperas que, após o convite, mostraram interesse em participar. No horário estipulado para o círculo, compareceram 02 (duas) puérperas e 01 (um) acompanhante. Quando já havíamos iniciado o diálogo, entraram na sala 02 (duas) pessoas que se dirigiram a uma das puérperas (seu companheiro e sua cunhada) realizamos o convite aos mesmos, estes aceitaram e então tivemos a participação total de 5 (cinco) indivíduos.

Como esperávamos a chegada de mais puérperas além das presentes, não iniciamos com a apresentação dos temas, procuramos conversar informalmente com o grupo que já estava presente. Nesta aproximação inicial uma das puérperas comentou que a mãe dela gostaria de ficar com uma das crianças, já que agora ela tem tinha outra. Rindo, manifestou-se totalmente contrária a esta idéia e provocou risadas do grupo também. Por esta puérpera estar sonolenta durante a investigação temática, reafirmamos neste momento, que não havia incentivo financeiro para a participação no estudo, que era simplesmente colaboração, discordando, uma das acompanhantes respondeu: *“Mas a orientação de dar de mamar é uma grande vantagem.”* (Amiga A – Cc IV). Perguntamos se encarava o círculo como um pagamento, respondeu relatando sua experiência no nascimento do seu filho: *“Eu tive o meu aqui, tem dois anos, mas eu aprendi muita coisa, isso que o meu outro tinha, na época, 17 anos. A gente aprende muita coisa, pega mais experiência.”* (Amiga A – Cc IV). Relembramos à participante que na época do seu filho de 17 (dezessete) anos não havia um grande incentivo ao aleitamento materno, as ações deste gênero estavam começando. *“Apesar de que o meu mais velho, que tem 19 anos hoje, ele mamou até aos 4 anos, quando ele fez sete anos eu engravidei do outro.”* (Amiga A – Cc IV). Diante do relato, perguntamos do aleitamento materno do último filho: *“Mamou até dois anos.”* (Amiga A – Cc IV).

Chamou-nos a atenção que a participante, mesmo com vasta experiência, referiu acreditar que ainda havia coisas a aprender, a parabenizamos por esta postura.

“É, peguei experiência e já passei para um monte de amigas, eu conheço uma que tirou mamar do neném com dois meses para os seios não caírem, quem põe filho no mundo não pode pensar nisso, eu aconselhei um monte ela, mas não adiantou.” (Amiga A – Cc IV).

Uma das puérperas reagiu rapidamente afirmando: *“Mas não cai, se souber cuidar, não deixar o neném pendurado, não cai.”* (Puérpera

A – Cc IV). Endossamos as palavras da puérpera falando dos cuidados com sustentação da mama e mamas cheias durante o período de aleitamento materno, a participante completou: “*Não dar de mamar e não tirar o leite.*” (Amiga A – Cc IV). Confirmamos que neste caso aumenta muito o peso da mama.

Na continuidade do diálogo a mesma participante falou do prazer em ter amamentado seus filhos e a seguir a puérpera A relatou a sua dificuldade com a volta ao trabalho: “*Mas eu não me arrependo não, de ter dado de mamar para os meus filhos, hoje eu conto para eles e eles contam para os amigos, eu tenho orgulho, e ele conta para os amigos, a maior orgulho do mundo, vira até uma festa.*” (Amiga A – Cc IV).

“*A minha maior eu dei até dois anos, mas o segundo eu já tirei com sete meses, eu trabalhava fora e... Ah, é muito desgastante, a criança com 2 anos que não quer saber de comer, oferecia uma fruta ela não queria, uma mamadeira ela não queria. À noite ela estava ali, tirando tudo para fora e mamando.*” (Puérpera A – Cc IV).

Diante do nosso questionamento, a puérpera confirmou que no primeiro filho não tinha vínculo empregatício. Diante do depoimento, a participante amiga de puérpera volta a falar a falar do prazer que teve em amamentar: “*Mas eu não sei, eu tirei o meu, esse que eu tenho em casa, que tem dois anos e oito meses, eu tirei com quase dois aninhos e eu me arrependo, eu tenho saudade de dar de mamar, poderia estar dando.*” (Amiga A – Cc IV).

“*É, cada caso é um caso, a minha menina ela não comia nada, eu passei o maior trabalho, e olha que eu tentei, desde seis meses dando papinha para ela, dando mamadeira, ela só tomava leite puro mesmo, e ela estava ficando magrinha, só no peito sozinho, não sustentava.*” (Puérpera A – Cc IV).

Deixamos claro que corroborávamos com a afirmação de que cada caso é um caso, então ela continuou: “*Do meu pequeno eu tirei, não por que eu quis, é que eu trabalhava e ficava muito pesado, eu chegava em casa ao meio-dia e às 2 horas tinha que voltar para o serviço, tinha que fazer comida com ele no peito.*” (Puérpera A – Cc IV). Indagamos sobre as condições do local de trabalho para a ordenha do leite e a puérpera afirmou que não havia condições, ao perguntarmos se o problema era rigidez no horário ela esclareceu: “*Eu trabalhava fechada e não tinha horário.*” (Puérpera A – Cc IV).

A puérpera A concordou quando falamos que em alguns locais de

trabalho é possível fazer a retirada do leite e que nestes casos é importante ter cuidados com o armazenamento e transporte do leite materno. Neste momento a puérpera B, tímida e calada até então, indagou: “*Congelar, não é?*” (Puérpera B – Cc IV). Por ser a sua primeira participação mostramos maior atenção a esta puérpera, reafirmamos a colocação e explicitamos os casos em que é possível resfriar por algumas horas e os casos em que é necessário congelar, falamos do acondicionamento e em seguida da possibilidade de doação deste leite, então a participante falou para sua amiga puérpera: “*E eles vão buscar na casa, sabia?*” (Amiga A – Cc IV). Informamos que ao final receberiam o telefone de contato do BLH da instituição. Lembramos que caso fossem utilizar o leite para o bebê o ideal seria descongelar e amornar em banho-maria. A puérpera B indagou ainda: “*Quanto tempo congelado ele dura?*” (Puérpera B – Cc IV). Informamos que o tempo recomendado é de 15 dias para descongelar e usar para o bebê e de como a puérpera pode programar as retiradas próximo da volta ao trabalho. A amiga A levantou outra questão: “*Você trabalha sem carteira assinada? Não pagou INSS?*” (Amiga A – Cc IV). “*Não.*” (Puérpera A – Cc IV). “*Se tivesse pagado ganhava 5 meses. Eu pagava, eu ganhei, todo mês estava lá no banco o auxílio maternidade.*” (Amiga A – Cc IV). Citamos também que quando a mulher trabalha com carteira assinada tem direito à redução da carga horária diária até o sexto mês de vida da criança.

Como percebemos interesse da puérpera B no congelamento do leite, objetivando envolvê-la mais no diálogo, perguntamos se alguém sabia ou se ela imaginava como retirar o leite da mama, ela sinalizou que não e então a outra puérpera explicou: “*Com aquele negocinho, a maquininha.*” (Puérpera A – Cc IV). Perguntamos sobre o modelo utilizado. “*Aquela maquininha, que aberta e puxa.*” (Puérpera A – Cc IV). Confirmando ser o modelo com borracha em uma das extremidades, explicamos sobre o risco de contaminar o leite, a dificuldade de higienizar e sobre a possibilidade de provocar traumas mamilares. Para facilitar o entendimento, mostramos modelos de bombas manuais.

Neste momento, duas visitas que chegaram para ver uma das puérperas e, como descrito anteriormente, aceitaram integrar o círculo e já deram sua contribuição: “*Por que tirar o leite com a mão é horrível minha gente. Meu Deus.*” (Cunhada A – Cc IV). Inquirimos sobre o que a fazia pensar assim: “*Eu fiquei cinco dias na maternidade e não... Nem elas não me ajudavam.*” (Cunhada A – Cc IV). Continuamos pedindo melhor esclarecimento: “*Não, é porque empedrou tudo, nem com a máquina, nem com a mão.*” (Cunhada A – Cc IV). Após entender que o

motivo do insucesso da retirada manual foi devido ao ingurgitamento, colocamos que de acordo com nossa experiência, neste caso, mesmo que saindo pequena quantidade em cada ordenha, ainda é melhor a utilização da ordenha manual. *“Mas tem uma luz que eles colocam, não é?”* (Puerpera A – Cc IV). Concordamos que era muito utilizada para rachadura, denominado banho de luz, aplicação de raio infravermelho, como na exposição ao sol, buscando efeito cicatrizante. A puerpera A completou: *“E isso já ajuda também para sair do leite, escorre.”* (Puerpera A – Cc IV). Esclarecemos então que escorre porque aquece, como no uso da compressa quente, perguntamos se a participante (amiga A) utilizava, respondeu que não, então questionamos a puerpera B se está utilizando ou se já havia escutado sobre essas coisas, esta mais uma vez nos respondeu timidamente: *“Não.”* (Puerpera B – Cc IV).

Discorremos, então, sobre o conhecimento atual de que a aplicação de calor, num primeiro momento melhora, dilata os canais favorecendo a saída do leite, mas com o aumento do aporte sanguíneo nesta área, a tendência é piorar posteriormente. Sendo assim, a recomendação atual é de não exceder no calor local. Retornando à indicação de ordenha manual, oferecemos a mama cabaia e perguntamos se a participante poderia demonstrar como fazia. *“Pegava assim com a mão...”* (Cunhada A – Cc IV). Demonstrou corretamente e recebeu nosso elogio e reforço na explicação.

A acompanhante questionou sobre um dos temas investigados: *“E para rachadura?”* (Cunhada A – Cc IV). Falamos da indicação de aplicar o leite posterior na região mamilo-areolar objetivando hidratar e lubrificar, da contra-indicação do uso de sabonete para não provocar ressecamento, e ainda, na presença da fissura, do cuidado em umedecer antes da retirada do sutiã ou de protetores que possam estar aderidos. Aproveitamos para inquirir sobre as causas da fissura e ouvimos as seguintes opiniões: *“Porque mama na ponta.”* (Puerpera A – Cc IV).

“Não, não! Porque a pele é muito sensível.” (Cunhada A – Cc IV). Comentamos da tendência aumentada em mulheres de pele clara e a participante completou: *“É um lugar que não pega sol.”* (Cunhada A – Cc IV). Ressaltamos que a pega inadequada, somente no mamilo, citada pela puerpera A, é causa mais freqüente de fissura. Falamos dos sinais e sintomas de uma boa pega da aréola e ilustramos com figuras do álbum seriado referentes à anatomia da mama e à pega. *“Por causa desta aula que eu não sofri muito, porque nos outros...”* (Amiga A – Cc IV).

Demonstramos satisfação em saber que um momento coletivo como este ajudou a acompanhante no seu processo de aleitamento.

Sendo a dificuldade de pega da região mamilo-areolar parte dos temas investigados, continuamos detalhando alguns pontos que podem facilitar e melhorar a pega como a ordenha na região da aréola, a posição em que a puérpera pode segurar o bebê, a forma de estimular a pega e, quando a mesma não está adequada, como retirar o bebê do peito para reiniciar o processo. *“E quando vaza, é lenda ou é verdade?” (Amiga A – Cc IV).*

Colocamos que acreditávamos que quando o leite sai espontaneamente é porque o bebê está há algum tempo sem mamar e, portanto, com fome. Percebemos que a puérpera A estava falando algo e então interrompemos nossa fala para ouvi-la, ela disse: *“Se fosse assim, quem faz doação de leite está tirando do filho?” (Puérpera A – Cc IV).* As duas participantes acompanhantes discordaram, na opinião das mesmas dependia do caso de cada mulher. Confirmamos que a tendência é produzir o que o bebê precisa, sendo a produção regulada pelo estímulo da mamada. *“Mama em uma e vaza na outra, não é?” (Cunhada A – Cc IV).* Afirmamos que acontece em alguns casos. A acompanhante relatou a sua vivência a este respeito: *“Quando ele vazava, eu olhava para saber se estava com fome, e estava com fome.” (Amiga A – Cc IV).* Inquirimos se a mesma apresentava excesso de leite, nos respondeu afirmativamente: *“Eu tinha, doei para o hospital, eles foram buscar, tinha bastante.” (Amiga A – Cc IV).* Falamos também que é bastante comum acontecer o vazamento à noite, quando mãe e bebê dormem algumas horas seguidas aumentando o intervalo das mamadas. *“É que não mamou por um tempo.” (Cunhada A – Cc IV).* *“É como diz o meu marido, é coisa de mãe.” (Amiga A – Cc IV).* Discorremos rapidamente que no caso do vazamento de leite, pode ser coincidência, mas intuição de mãe, pai e de outras pessoas que convivem com a criança, muitas vezes nos alertam para coisas importantes e devem ser valorizadas. *“É, eu sempre digo se não é o pai, o pai é quem cria.” (Amiga A – Cc IV).*

Incentivamos o grupo a continuar com o diálogo e, então, a acompanhante amiga da puérpera B, que apesar de atenta falou pouco até este momento, solicitou que ela expusesse suas dúvidas: *“Aproveita e pergunta o que você quer saber.” (Amiga A – Cc IV).* Como a puérpera movimentou os ombros e a cabeça nos mostrando dúvida sobre o que perguntar e por sabermos que o seu bebê estava apresentando dificuldade de pega e sucção, introduzimos o tema do bebê que não suga dando dicas de como estimulá-lo para sugar e reforçamos a estimulação para a pega da aréola.

A acompanhante da puérpera B referiu-se a outro cuidado: *“E fazer arrotar.” (Amiga A – Cc IV).* Questionamos os participantes

sobre a posição para o bebê arrotar, e nos mostraram sem dificuldades. A acompanhante amiga A afirmou que *“Nunca se deixa de barriga para cima, de costas.”* (Amiga A – Cc IV). Trouxemos à tona a campanha do Ministério da Saúde estimulando o decúbito dorsal perguntando se os participantes tinham conhecimento de uma propaganda a este respeito, atualmente divulgada na televisão. Informaram que desconheciam e o acompanhante companheiro, que até o momento participava apenas com gestos e murmúrios com sua companheira e com a outra acompanhante, participou dando sua opinião: *“De lado não tem perigo, quando arrota ou vomita ele coloca para fora.”* (Companheiro A – Cc IV). Comentamos as atuais pesquisas comprovando que o decúbito dorsal diminui os índices de mortalidade infantil por morte súbita e por isso o Ministério da Saúde está recomendando esta prática, apesar de muitas pessoas e também profissionais ainda não ter adotado esta recomendação orientando ainda a posição lateral. Para nossa surpresa neste momento a puérpera mais tímida inferiu deixando claro que conhecia a campanha: *“Uma campanha que tem agora é de deixar de barriga para cima, não é? Um dia eu escutei no...”* (Puérpera B – Cc IV). Citou um programa de televisão. *“Eu acho que de lado é mais seguro.”* (Amiga A – Cc IV). Reforçamos que provavelmente vão se deparar com opiniões diferentes a este respeito, sendo importante conhecer estas questões para decidir qual posição adotar com o seu bebê. A acompanhante cunhada pareceu achar possível adotar a posição após colocar para arrotar, já a acompanhante amiga se opôs baseada em sua vivência: *“É, porque se arrotou...”* (Cunhada A – Cc IV). *“Mas o meu arrotou e deu um tipo de uma alergia, ele quase morreu, estava de barriga para cima e quando nós pegamos, ele estava pretinho, pretinho.”* (Amiga A – Cc IV). E diante de nossa pergunta sobre a presença de vômito: *“Não, só foi para o pulmão, foi até furado o pulmão dele para retirar água. Então eu não concordaria de colocar, no meu caso, de barriga para cima, de lado, se dá um refluxo, algo assim, vai fora.”* (Amiga A – Cc IV). O participante companheiro concordou: *“É, vai fora.”* (Companheiro A – Cc IV). Falamos que no bebê é freqüente o retorno do conteúdo gástrico devido ao relaxamento da cárdia nos primeiros meses, assim necessitam de mais cuidados, complementamos com a informação de que caso utilizem o decúbito dorsal, é importante elevar o tórax do recém-nascido.

O bebê da puérpera B apresentava-se inquieto e ela oferecia o peito e ele apresentava dificuldade para realizar a pega, já observado durante o levantamento dos temas, percebemos que esta segurava o bebê

em decúbito dorsal, sugerimos que conforme o que tínhamos dialogado anteriormente modificasse a posição para lateral. A demonstração com o boneco bebê foi importante neste ponto do círculo, pois sentimos necessidade de melhorar o entendimento sobre as posições para o bebê e para a mulher, utilizamos este momento para inserir o tema de preferência do bebê por uma mama explicitando a importância oferecer as duas e demonstrando uma posição alternativa para estes casos. Citamos também as posições praticadas pelas puérperas participantes, que havíamos percebido durante a investigação temática e frisamos a importância de adotar aquela que for mais confortável. Falando da posição deitada, a acompanhante A opinou: “*É melhor para a coluna da gente.*” (Amiga A – Cc IV). Concordamos que normalmente as mulheres apresentam dor lombar após o parto, uma das puérperas sinalizou positivamente para a dor, deixando claro que estava sentindo. Quando sugerimos que ao amamentar deitada colocassem o braço para apoiar o pescoço do bebê, a mesma puérpera completou relatando que colocou um travesseiro e ficou bom. Declaramos ter visto durante a investigação temática e que nos pareceu confortável para ela e para o bebê, pois ambos estavam dormindo, recuperando o cansaço. Então a acompanhante A: “*Eu disse para esta, aproveita bem teu resguardo, tudo que tiver de direito tu pode, passou os 40 dias não.*” (Amiga A – Cc IV).

Percebendo a inclusão de outro tema, indagamos aos participantes o significado do resguardo e ouvimos: “*É não pegar peso. Primeiro lugar não pegar peso e segundo lugar não pegar o vento, pelo menos oito dias.*” (Cunhada A – Cc IV). “*Eu me cuidei os 40 dias, até fazer relação também, a mãe nos ensinou, antigamente era 40 dias, eu fiz tudo o que a mãe ensinou.*” (Amiga A – Cc IV). Perguntamos se também não lavou os cabelos, e ela confirmou: “*Não lavei não.*” (Amiga A – Cc IV). Perguntamos qual o pensamento dos outros participantes sobre isto e o que as puérperas estavam pensando em fazer. A mesma participante completou: “*Opinião das pessoas antigas.*” (Amiga A – Cc IV). Ficamos bem felizes ao ouvir o desabafo da puérpera B dizendo: “*Eu não sei, quero lavar, mas estou com medo também.*” (Puérpera B – Cc IV). Concordou que se sentia em uma encruzilhada, sem saber que rumo tomar. Perguntamos a outra puérpera e obtivemos uma resposta firme: “*Ah! Eu? Se dá a doida, eu lavo.*” (Puérpera A – Cc IV). Perguntamos se já havia lavado, rindo respondeu que no outro filho sim, mas deixou claro também que a sogra controla um pouco suas ações a este respeito: “*Quando eu fui para casa, mas a minha sogra fica de olho, me deixa dentro de casa, sem pegar vento*

nenhum.” (Puérpera A – Cc IV). Questionamos sobre o que achavam que poderia acontecer: “*Pode dar dor de cabeça, essas coisas assim.*” (Puérpera B – Cc IV). “*Porque pode dar recaída, não é?*” (Cunhada A – Cc IV). “*É, essas coisas assim.*” (Puérpera B – Cc IV). A acompanhante também questionou: “*Para a medicina não existe nada disso, não é?*” (Amiga A – Cc IV). “*A minha irmã deu recaída, e ela fez tudo certinho como elas estão dizendo, não lavou a cabeça nem nada, diz a mãe que talvez um vento ela pegou, acho que ela teve dor de cabeça e ...*” (Cunhada A – Cc IV). Ao indagarmos o que ela sentiu, não soube dizer com certeza. “*A minha foi dor de cabeça, uma dor horrível, não podia nem ser um mosquito passar, eu gritava de dor de cabeça.*” (Amiga A – Cc IV). Perguntamos se foi cesariana: “*Não, foi parto normal, foi do mais velho.*” (Amiga A – Cc IV). Deixamos claro, que apesar de os relatos do grupo relacionar-se à cefaléia, em nossa experiência, outras complicações são vistas como recaída. Expusemos nosso conhecimento e vivência enquanto enfermeira de maternidade sobre as variadas manifestações do que é dito como recaída, assim, discorremos sobre as complicações mais comuns do puerpério e seus determinantes, como ingurgitamento mamário, hemorragias e infecções. Falamos também sobre a opinião da medicina, respondendo o questionamento da acompanhante, que atua nas complicações e que valoriza a higiene como hábito importante no período puerperal.

Uma das acompanhantes contou que uma prima teve hemorragia e citou ainda a diferença do tempo de repouso recomendado dependendo do sexo do recém-nascido: “*Sobre o que ela estava falando, 40 dias é para homem, trinta dias a para a mulher, e os antigos eram assim 45 dias para homem. Os antigos eram assim. Eu fiz 8 dias, o meu era homem, foi parto normal.*” (Cunhada A – Cc IV). Confirmamos que já tínhamos ouvido isto. A outra participante acompanhante referiu: “*Mas eu aproveitava para ficar vadiando os meus 45 dias.*” (Amiga A – Cc IV). Como se estivesse no lugar da amiga, a puérpera B completou: “*Tô de férias, não é?*” (Puérpera B – Cc IV). E a outra participante: “*Assim, lavar roupa, estender no varal, tinha alguém para fazer, a gente só lavava a roupa do neném. Passar, não pode passar, uma regalia a gente ganha.*” (Cunhada A – Cc IV). Falamos da importância de evitar esforços desnecessários no puerpério e as participações continuaram: “*Só que a gente tem que se cuidar, porque uma mulher quando ganha neném ela fica bem machucada por dentro.*” (Amiga A – Cc IV). Afirmamos que realmente existem lesões, mesmo que pequenas e ela justificou: “*Por isso que as mulheres antigas falavam em 40 dias.*”

(*Amiga A – Cc IV*). Reforçamos que as mulheres da atualidade realizam menos esforços do que as mulheres de algum tempo atrás, exceto as agricultoras, as outras contam com algumas facilidades como os eletrodomésticos, para desenvolver suas atividades. Durante nossa fala, os participantes concordavam e reforçavam. Na continuidade: “*Elas ganhavam neném em casa e tinham mais repouso que nós hoje em dia.*” (*Cunhada A – Cc IV*). “*Só que eu aproveitei, nos três filhos eu me cuidei os 45 dias.*” (*Amiga A – Cc IV*).

Resgatamos o relato da participante cunhada A sobre uma prima ter apresentado hemorragia pós-parto, e detalhamos um pouco mais os prováveis motivos do acontecimento. A participante demonstrou compreender melhor. Ainda com dúvida referente à cefaléia, a outra participante acompanhante perguntou: “*E a dor de cabeça que dá?*” (*Amiga A – Cc IV*). Comentamos sobre a cefaléia causada pela anestesia nos casos de cesariana e da enxaqueca, às vezes presente no pós-parto, como muitas vezes no período menstrual. Podemos perceber que a acompanhante cunhada sabe o que é isto: “*É, quando a gente fica menstruada o seio dói, a perna dói, tudo dói, tudo dói, sai de perto que eu não quero nem te ver. Imagina quando ganha neném.*” (*Cunhada A – Cc IV*). A outra acompanhante citou então o caso de uma amiga que após o parto desencadeou crises de enxaqueca: “*Eu tenho uma amiga que depois que ela teve neném sempre tem dor de cabeça na menstruação, ela chora de dor, chega a ficar vermelha, já procuramos médico, ele diz que é enxaqueca, mas ela já fez o tratamento e não adiantou.*” (*Amiga A – Cc IV*). Com a confirmação de que sempre ocorre no período menstrual, nos três dias que antecedem o início, e que o médico procurado foi um clínico, falamos que acreditávamos ser melhor que ela procurasse um ginecologista para tratar a tensão pré-menstrual. Lembramos também do óleo de primula, da mudança de hábitos alimentares entre outros que podem ajudar. Ela nos indagou: “*Então pode ser disto?*” (*Amiga A – Cc IV*). E após nosso sim: “*Ah é! A senhora é ginecologista?*” (*Amiga A – Cc IV*). Percebemos que a acompanhante valorizou as informações e admirou-se ao respondermos que nossa formação era enfermeira obstetra.

Retornamos ao tema do resguardo para dialogar um pouco mais sobre o retorno à atividade sexual após o parto. “*Na minha opinião são 45 dias.*” (*Amiga A – Cc IV*). Quando questionamos os outros participantes falaram praticamente ao mesmo tempo, rindo e empolgados com o tema: “*Eu não sei.*” (*Companheiro A – Cc IV*). “*A enfermeira falou que é enquanto vem o sangue.*” (*Puérpera B – Cc IV*). “*Eu também, o meu é depois de 45 dias, mas o certo é 15 dias, não é?*”

(*Cunhada A – Cc IV*). A puérpera A não opinou claramente, mas pareceu não concordar com os citados 45 dias ao falar baixo com seu companheiro. A acompanhante amiga completou: “*O meu marido também concordava em cuidar os 45 dias, porque a mãe dele ensinou assim, se está machucada por dentro deve cuidar, depois tem a vida toda pela frente.*” (*Amiga A – Cc IV*). Explicamos que não existe tempo definido, que o casal deve sentir-se em condições para esta prática e que a observação da presença de lóquios é uma das formas utilizadas para avaliar o retorno à condição anterior.

Preocupada com sua amiga que falava pouco, a acompanhante pediu: “*Faz alguma pergunta, fala alguma coisa.*” (*Amiga A – Cc IV*). Ela respondeu: “*Estou ouvindo o que vocês estão falando, estou assuntando.*” (*Puérpera B – Cc IV*). Explicamos que não existia a obrigação de perguntar, que desejávamos que se sentissem à vontade.

A puérpera B perguntou o que queria dizer o outro tema da lista: “*O sugar, o que quer dizer?*” (*Puérpera B – Cc IV*). Colocamos que este tema foi levantado com uma puérpera que não compareceu e cujo bebê estava na Unidade Neonatal. Discorremos sobre o reflexo de sucção presente nos bebês a termo e sem distúrbios neurológicos, ressaltamos a importância de perceber qual a causa da não sucção e que esta, muitas vezes, é confundida com a dificuldade de pega da região mamilo-areolar. “*Será que é o caso da minha?*” (*Puérpera B – Cc IV*). A acompanhante ajudou: “*Acho que não, porque ela pegou, acho que ela está dando muito seguido.*” (*Amiga A – Cc IV*). “*É, pegar ela pega.*” (*Puérpera B – Cc IV*). A acompanhante aproveitou para questionar sobre o intervalo das mamadas: “*De quanto em quanto tempo deve mamar?*” (*Amiga A – Cc IV*). Explicamos sobre a livre demanda, as diferenças de um bebê para outro e do bebê recém-nascido comparado ao mais velho em relação ao tempo de mamada, e novamente explicamos como reconhecer os sinais de boa pega e de que o bebê ficou satisfeito, então a acompanhante relatou: “*Mas até que mamou bem, até saiu aquele leite do lado da boca.*” (*Amiga A – Cc IV*). Declaramos que a observação foi adequada. “*Ela está mamando até demais.*” (*Companheiro A – Cc IV*). “*E faço um carinho nela ela já fica querendo.*” (*Puérpera A – Cc IV*).

Estimulado pelo participante companheiro, houve um momento descontraído onde fizemos brincadeira sobre com quem o bebê da puérpera A era parecido, os participantes se envolveram e riram.

Dialogamos sobre como pegar o bebê e colocar contra o peito para facilitar a eliminação do ar e também sobre os minutos que deve

assim permanecer quando não acontece o arroto. “*Essa não arrotou até agora, mas soltou leite pela boca.*” (Amiga A – Cc IV). Indagamos se sabiam o que fazer quando o bebê asfixiava e ouvimos em tom de brincadeira: “*Assopra e joga para cima.*” (Puérpera A – Cc IV), e depois: “*Não, não, levanta e dá uma sopradinha na testa.*” (Puérpera A – Cc IV). Falamos que o soprar seria interessante para ele voltar a respirar, porém com risco de o bebê aspirar o conteúdo oral e piorar a situação, portanto o recomendado seria colocar em decúbito ventral ou lateral ou ainda realizar manobra de desobstrução de vias aéreas pressionando a região epigástrica do bebê. Demonstramos as posições e lembramos ao grupo de uma reportagem que mostrou, por telefone, a orientação da manobra por um bombeiro a um pai que a realizou, em casa, com seu filho e obteve sucesso.

A puérpera A estava contente e em conversa paralela com seus acompanhantes, percebemos que falavam sobre o bebê que mamava novamente e então comentamos sobre como seria complicado ter que sair tantas vezes para preparar uma mamadeira. Validaram nossa afirmação e as acompanhantes ainda completaram: “*Coisa boa, tu podes passear e a comida leva junto, não tem coisa melhor.*” (Cunhada A – Cc IV). “*Se tu tirar o peito tem que levar mamadeira, leite.*” (Amiga A – Cc IV). Falamos que caso a mulher queira privacidade, pode procurar um local mais reservado. “*Bota um lencinho em cima.*” (Cunhada A – Cc IV). “*Bota nada, tem que mostrar, amamentar é a coisa mais bonita que tem, a mãe não pode ter vergonha nenhuma.*” (Amiga A – Cc IV). Comentamos que algumas mulheres sentem vergonha, principalmente no início, citamos inclusive o nosso caso quando no puerpério do primeiro filho. “*Ah, quando vem visita, o neném chora que quer mamar e a visita não vai embora.*” (Cunhada A – Cc IV). “*Ah, mas eu sento lá e pego, e coloco o neném.*” (Amiga A – Cc IV). Exemplificamos com um caso familiar em que a visita não se sentia bem e então, sabendo disso, procurávamos um local fora do seu campo de visão para amamentar, ressaltamos que neste período convivemos com adaptações. “*A mãe tem que perder a vergonha, não é porque vai passear que não amamenta, ergue a blusa, solta e vai.*” (Amiga A – Cc IV). A puérpera B apesar de aparência tímida comentou: “*Eu acho que não tenho porque ali no quarto, passa o marido da outra mulher e eu não me importo, eu pensei que ia ligar, mas não.*” (Puérpera B – Cc IV). Concordamos que a muitas vezes isto modifica com o nascimento do filho e que é interessante usar roupas que diminuam a exposição no momento da mamada. Surgiram comentários como: “*É verdade.*” (Amiga A – Cc IV). “*Antes estava de vestido.*” (Puérpera B – Cc IV).

Encerramos o círculo de forma agradável e recebemos agradecimentos espontâneos antes mesmo de realizar os nossos. Recebemos convite para visitar a acompanhante amiga A, que fez questão de nos explicar seu endereço.

Este círculo nos mostrou principalmente que é possível realizar um círculo de cultura com poucos participantes, a comunicação foi igualmente rica, em quantidade e qualidade de conteúdos abordados, discutimos os temas levantados anteriormente e outros, novos, surgiram durante o seu desenvolvimento. As falas foram mais curtas quando comparadas aos outros círculos, mas percebemos que o vai e vem do diálogo era mais freqüente. Observamos também que nossas interferências foram menores, não houve necessidade constante de estimular a participação dos integrantes do círculo.

Outra observação que acreditamos ser relevante foi o crescimento da participação da puérpera B e o declínio da puérpera A. A puérpera A apresentava-se segura, tinha outros filhos e demonstrava firmeza nas falas. Notamos momentos de conversas em volume baixo, olhares e sorrisos entre a puérpera A e seu companheiro. Acreditamos que a presença dele possa também ter colaborado nesta diminuição de falas da puérpera, mas por outro lado, pensamos que se sentiram bem permanecendo no círculo por terem demonstrado alegria e satisfação quando se expressavam. Em relação à puérpera B, percebemos que à medida que o diálogo se desenrolava, mais ela se sentia à vontade em expressar seus sentimentos e opiniões.

Outro diferencial deste círculo foi o desencadear do diálogo antes que tivéssemos oportunidade de apresentar os temas formalmente, porém todos os temas fizeram parte da discussão, sendo que a preferência do bebê por uma das mamas foi o único tema que não partiu espontaneamente dos participantes no desenrolar do diálogo. Apresentamos a seguir as etapas de codificação e descodificação dos temas do círculo de cultura IV, nos Quadros de 21 a 35:

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--------------------------|--|
| Bebê preferindo uma mama | Produção e ejeção de leite Posições alternativas para segurar o recém-nascido |

Quadro 21 - Preferência do bebê por uma só mama.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--|
| Associação da fissura com a pega inadequada e pele sensível | Pega adequada da região mamilo-areolar Influência da pega na fissura mamilar Hidratação e lubrificação do mamilo com leite posterior Ordenha da região areolar Interrupção da mamada na pega inadequada Cuidados com aderência de sutiãs e protetores |

Quadro 22 – Prevenção e tratamento de fissura mamilar.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Demora do bebê em conseguir fazer a pega | Sinais e sintomas de uma pega adequada Preferência do recém-nascido por uma mama |

Quadro 23 – Dificuldade do bebê em realizar a pega da região mamilo-areolar.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Demora do bebê em conseguir fazer a pega | Sinais e sintomas de uma pega adequada Preferência do recém-nascido por uma mama |

Quadro 24 - Dificuldade do bebê em realizar a pega da região mamilo-areolar.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|---|
| Desconhecimento sobre comportamento do bebê que não suga Dúvida entre não sugar e dificuldade de pegar | Reflexo de sucção Como reconhecer a causa da não sucção Avaliação da pega |

Quadro 25 – Bebê que não suga.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|----------------------------|
| Aprendizado com filhos anteriores Auxílio a outras puérperas Dificuldades com a volta ao trabalho Ter gostado de amamentar | Importância da experiência |

Quadro 26 - Experiência anterior.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Dificuldade em continuar amamentando Pouco tempo Desgastante | Ordenha Condições dos locais de trabalho Conservação e uso do leite materno |

Quadro 27 - Volta da mulher ao trabalho e/ou a escola.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|-----------------------------|
| Percepção de que algumas mulheres não amamentam por medo da queda da mama Certeza de que cuidando não acontece a queda da mama | Cuidados com o peso da mama |

Quadro 28 - Medo da queda da mama.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Desconhecimento sobre ordenha Desconhecimento sobre conservação e uso do leite ordenhado Dificuldade com o ingurgitamento Conhecimento sobre doação | Técnica de ordenha Conservação e uso do leite ordenhado Cuidados com ingurgitamento |

Quadro 29 - Ordenha de leite materno.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Desconhecimento/conhecimento sobre campanha de divulgação do decúbito dorsal Dúvida sobre a melhor posição Conhecimento de posições para facilitar o arroteo do bebê Experiência negativa com decúbito dorsal | Campanha nacional Pesquisas que evidenciaram diminuição de morte súbita com a utilização de decúbito dorsal Elevação do tórax se em decúbito dorsal |

Quadro 30 - Posição do recém-nascido no berço.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|---|
| Conhecimento parcial sobre o posicionamento adequado demonstrado durante a mamada | Posições que podem influenciar na pega Necessidade de conforto para a mãe e para ao bebê |

Quadro 31 – Posição da mãe e do bebê durante a manada.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--|
| Resguardo de 40 dias Aproveitamento do tempo de resguardo Experiência repassada por pessoas mais velhas Não realizar resguardo Dúvidas sobre o tempo adequado Dúvida sobre lavar a cabeça Desconhecimento do retorno à atividade sexual | Necessidade de cuidados de higiene no puerpério Causas frequentes das patologias puerperais Facilidades da vida moderna para atividades domésticas Retorno à atividade sexual |

Quadro 32 – Resguardo pós-parto.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--|
| Casa familiar de recaída Cefaléia intensa no puerpério do primeiro filho | Variedade de patologias atribuídas à recaída Patologias puerperais Possibilidade de ocorrência mesmo com o resguardo Possibilidade de ocorrer enxaqueca |

Quadro 33 – Recaída pós-parto.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|------------------------------------|
| Não precisa levar mamadeira quando sai | Praticidade do aleitamento materno |

Quadro 34 - Vantagens do aleitamento materno.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|---|
| Cobrir a mama com lenço Mostrar a mama Bebê quer mamar e tem visita | Local reservado se necessário Roupas que facilitem a amamentação |

Quadro 35 – Inibição para amamentar em público.

Círculo de cultura V

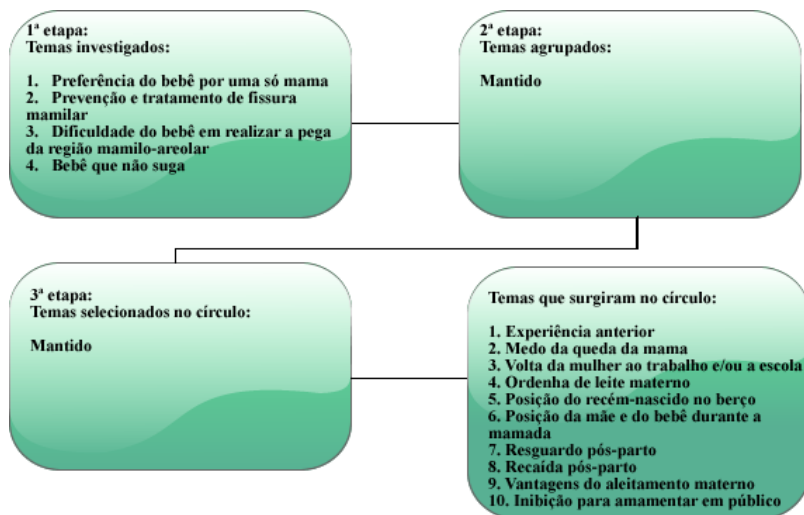


Figura 6 - Representação gráfica da etapa de investigação temática do círculo de cultura V.

O quinto círculo de cultura foi realizado no dia 25/08/09, teve duração de 1 hora e 20 minutos. Dele participaram 11 (onze) pessoas. Neste dia, havia poucas puérperas internadas na unidade, 09 (nove) foram convidadas e todas aceitaram participar, mas no horário de início do círculo, 01 (uma) referiu dor e não participou. Os 11 (onze) participantes foram, então, 08 (oito) puérperas e 03 (três) acompanhantes.

Realizamos nova apresentação, já que uma das puérperas estava dormindo quando passei no quarto. Explicamos também sobre o tema da reunião e a importância deste, no Brasil e em outros países, como tentativa de melhorar os índices de aleitamento materno. Falamos do incentivo ao aleitamento materno que existe atualmente, do trabalho dos Bancos de Leite Humano, das reuniões no pós-parto realizadas nas maternidades e da importância de discutir a experiências de cada um com o aleitamento materno.

Relatamos como foram levantados os temas e abrimos para a escolha do que desejavam dialogar. Houve um pouco de inibição do

grupo, citamos então o caso de uma das puérperas, que percebemos na etapa de investigação temática em posição pouco adequada para amamentar e a dificuldade do bebê em fazer a pega da região mamilo-areolar. Diante da demora em manifestações do grupo, pedimos autorização para começar com este tema, como ficaram indiferentes, iniciamos falando da posição. Solicitamos que se sentissem à vontade, colocassem o que pensavam sobre a posição do bebê mamar, se existia uma posição especial ou não. A puérpera que estava com a dificuldade e que auxiliamos anteriormente iniciou o diálogo dizendo: “*Ele estava ficando um pouco mais de ladinho, você me falou para ficar mais perto da mama e mais viradinho, pertinho do meu próprio corpo. E já ajudou bastante.*” (Puérpera A – Cc V). Aproveitamos o depoimento da puérpera para explicar e demonstrar com o boneco bebê sobre a posição adequada para segurar o bebê no momento da mamada. Com o objetivo de melhorar a pega e o conforto do bebê, sugerimos também mudança de posição a uma puérpera participante que estava amamentando. Reforçamos também as orientações, já feitas pela fisioterapia, sobre as posições da mulher ao amamentar.

Indagamos sobre o porquê de o bebê abocanhar a aréola durante a mamada. “*Para não rachar.*” (Puérpera B – Cc V). Pedimos então confirmação para a afirmação de que racha quando mama no mamilo, respondeu que sim.

Mostramos e explicamos a anatomia da mama com o auxílio do álbum seriado e da mama cobaia. Ressaltamos a pega abocanhando somente o mamilo como causa principal de fissura e da pequena saída de leite. Questionamos como saber se o bebê abocanhou a aréola e outra puérpera respondeu: “*Se não está sentido dor e se está dentro da boca dele.*” (Puérpera C – Cc V). Declaramos estar correto e indicamos que se necessário solicitassem a alguém que está próximo para olhar na parte inferior. Relembramos que o tamanho da aréola varia de mulher para mulher, mas em geral, a maior parte fica dela dentro da boca do bebê. Indicamos os sinais de pega adequada e inadequada e perguntamos o que poderia ser feito quando não estivesse adequada: “*Tirar é colocar de novo.*” (Puérpera C – Cc V). Elogiamos e perguntamos quem já fez isto, mais uma vez a puérpera C relatou: “*Coloca o dedo na pontinha da boca para ele chupar o dedo e não rachar o bico do peito.*” (Puérpera C – Cc V). Mais uma vez mostramos uma figura para reforçar a informação, lembramos também ao grupo a necessidade de lavar as mãos frequentemente e inclusive antes de amamentar. Neste período, para melhorar a interação no círculo, utilizamos vários questionamentos aos participantes como: Vocês percebem isto? Já aconteceu isso com

vocês? Obtivemos confirmação ou não e aos poucos fomos percebendo que o grupo melhorava o diálogo.

Quando perguntamos sobre a posição em que estavam amamentando, aproveitamos para demonstrar algum conhecimento sobre os integrantes do grupo citando a provável posição que uma das puérperas estava amamentando, já que seu bebê encontrava-se na Unidade Neonatal e havia iniciado a sucção na mama no dia anterior. A puérpera confirmou: “É.” (*Puérpera C – Cc V*). Outra, então sentiu necessidade de perguntar: “*E daquele jeito que eu estava deitada no quarto está correto?*” (*Puérpera E – Cc V*). Afirmamos ser correto, mas declaramos também que o correto é relativo, e que o importante é o conforto da mãe e do bebê, citamos várias posições e explicamos os cuidados recomendados em cada uma. Tentando novamente envolver outras pessoas na discussão, perguntamos se as submetidas à cesariana amamentaram com a cabeceira da cama elevada. Uma das puérperas referiu que o seu bebê não sugou após a cesariana. “*Não, porque ele não chegou a pegar, aliás, a menina até veio me ver preocupada.*” (*Puérpera A – Cc V*). Referimos ter presenciado a profissional do Centro Obstétrico, no dia seguinte ao parto, vir ao Alojamento Conjunto perguntar se o bebê havia conseguido mamar.

Notamos que o diálogo não iria evoluir espontaneamente, então inquirimos as puérperas sobre o número de filhos de cada uma, foram se identificando segundo, terceiro, primeiro... Indagamos sobre a experiência de uma das puérperas secundíparas:

“*Foi bem tranquilo assim... Quando eu ganhei também teve uma reunião assim, e uma mulher me explicou direitinho como dar o peito, mas a minha já saiu mamando da sala de recuperação. Só não amamentei muito tempo, porque não tenho muito... muita paciência.*” (*Puérpera B – Cc V*).

Questionamos a importância disto e a resposta foi: “*Muito importante.*” (*Puérpera E – Cc V*). Perguntamos sobre as condições atuais do bebê e ela rapidamente associou às condições de saúde: “*Tudo bem, ele raramente tem uma febrezinha, essas coisas de criança, nunca teve, é bem forte, come bastante.*” (*Puérpera B – Cc V*). Perguntamos sobre o que seria o não muito tempo. “*Que eu amamentei? Dois meses e pouco. É que também tem uma coisa, não gostar de fazer uma coisa, isso também prejudica, porque seca o leite e várias coisas assim. E para falar bem a verdade eu tenho nojo...*” (*Puérpera B – Cc V*). Indagamos se era do leite: “*É do leite, principalmente quando a criança está maior*

assim... Aquilo é psicológico, foi secando meu leite e ele chorava direto e complementei com leite Ninho e...” (Puérpera B – Cc V). Investigamos se ela não se sentia bem amamentando: “*É, mas é por causa do leite, eu não tomo leite.*” (Puérpera B – Cc V). Inquirimos então sobre a situação atual com este bebê: “*Eu vou tentar dar um pouco, até um pouco mais de tempo pelo fato de que eu não vou trabalhar também.*” (Puérpera B – Cc V). Perguntamos a opinião do grupo sobre o relato e não obtivemos resposta, acreditamos que os participantes ficaram surpresos com o relato e sem saber o que dizer. Comentamos que a amamentação é importante, mas quando é acompanhada de prazer, em seguida uma participante completou: “*Eu até acho que a gente passa para neném essa sensação.*” (Mãe A – Cc V). Tentamos tranquilizar a puérpera B para que se caso a situação se repetisse nesta amamentação ela tivesse tranquilidade para decidir e que não amamentasse apenas por pressão. Pedimos depoimentos dos outros integrantes sobre situações semelhantes que porventura estivessem vivenciando: “*A minha outra vai fazer três anos, ela mamou até um ano e sete meses, mas eu gostava de dar, sentia prazer em dar de mamar.*” (Puérpera E – Cc V). A puérpera B sentiu necessidade de continuar: “*Eu não conseguia nem ver uma criança mamando, se não for o meu, se eu ficar olhando, eu vomito.*” (Puérpera B – Cc V). Demonstramos admiração e então o participante companheiro, estudante da área da saúde, indagou: “*Você é intolerante a lactose?*” (Companheiro A – Cc V). “*Sou, mas...*” (Puérpera B – Cc V). Pareceu não encontrar as palavras, então tentamos ajudar perguntando se era intolerante ou não gostava: “*Porque eu não gosto.*” (Puérpera B – Cc V). Ainda tentando achar um motivo mais palpável: “*Mas se você tomar passa mal, é alérgica?*” (Companheiro A – Cc V). “*Não, é porque eu não gosto, não gosto de leite mesmo, o bebê pode gostar mas vomito só de imaginar. Principalmente se é uma criança maior que está mamando. Assim, com um ano, nove meses, eu passo mal.*” (Puérpera B – Cc V).

Parecendo ter esgotado o assunto anterior, perguntamos a outra puérpera como era a saúde do filho que ela amamentou e que disse que sentia prazer: “*Bem, acho que febre, que eu lembre uma vez, gripe, essas coisas assim, raramente dá.*” (Puérpera E – Cc V). Pedimos então que, baseados no que sabiam ou que algum profissional pudesse ter falado, citassem as doenças que o leite materno previne. Uma puérpera sinalizou desconhecer, lembramos ao grupo da gripe, já falada, citando prevenir até mesmo a gripe A (pandemia atual), não excluindo os cuidados com o uso de máscara, lavagem de mãos, mas que seria importante a mãe portadora passar anticorpos ao bebê através da

amamentação. A seguir surgiram outras contribuições: *“Infecção.”* (Puérpera A – Cc V). Ao questionarmos se lembrava algum tipo de infecção, citou: *“Pneumonia.”* (Puérpera A – Cc V). Completamos falando diarreia, comum em crianças, sendo, às vezes infecção intestinal. *“Até hoje ela nunca teve essas coisas assim.”* (Puérpera E – Cc V). *“A minha irmã tinha alergia ao leite de vaca, e a minha mãe também não tinha mais leite para dar, o leite dela secou, então foi sugerido para minha mãe dar leite de cabra, dizem que é praticamente a mesma coisa que o leite materno.”* (Puérpera A – Cc V). Concordamos que é parecido. *“E hoje também ela é bem saudável. Se adaptou ao de cabra por que ela tinha de alergia ao leite ninho.”* (Puérpera A – Cc V). Lembramos a existência da diarreia por alergia ao leite de vaca, sendo o leite materno uma boa solução para este problema. Citamos também estudos que comprovam o efeito protetor do leite materno par a bronquite, a hipertensão e a diabetes, quando criança e também mais tarde quando adultos.

Resgatamos a afirmação da puérpera A sobre a mãe que não teve mais leite e utilizamos esta colocação para esclarecer que mesmo se o leite diminuir ou secar, é possível não parar a amamentação e até mesmo voltar amamentar, sendo indicado aumentar a frequência das mamadas. Falamos da fisiologia da lactação e da influência que a preocupação, o estresse, a sobrecarga de trabalho exercem neste processo. Lembramos também aos participantes que os Bancos de Leite Humano das maternidades estão disponíveis para auxiliar na presença de dificuldades, mesmo após a alta hospitalar.

Falamos também sobre a maior tranquilidade e também do melhor desempenho na escola observados nas crianças amamentadas. Neste momento, uma puérpera contestou:

“Mas o meu filho quando eu ganhei, eu tenho problema no peito porque eu não tenho bico e eu só amamentei aqui, quando eu cheguei em casa ele não queria mais pegar porque deu calor de figo, aí a gente deu mamadeira, ele tem três anos agora, e cada vez que ele toma mamadeira ele toma no meu colo, mas ele é uma criança muito agitada ele não é calmo, a gente dá só mamadeira na cama, ele sempre está com a gente ou com a minha mãe, ou com a minha sogra ou com meu marido.” (Puérpera D – Cc V).

O participante companheiro entrevistou: *“Mas a diferença está na mamadeira, a diferença é do leite da mamadeira e do leite materno, apesar de ser leite, tem uma diferença.”* (Companheiro A – Cc V).

Solicitamos que a puérpera clareasse melhor sua afirmação, se o bebê era calmo apesar do uso de mamadeira: *“Não, ele é muito agitado, mas está toda hora perto da gente ganha carinho e atenção, só se for a diferença do leite, porque é...”* (Puérpera D – Cc V). Tentamos estimular para que definisse melhor a agitação, atividade ou revolta e outra puérpera acrescentou: *“É isso que eu ia falar agora, porque a minha é bem faladeira, conversadeira, mas ela é tranqüila.”* (Puérpera E – Cc V). *“Mas ele é um pouco revoltado também.”* (Puérpera D – Cc V). Outros depoimentos, da puérpera A e seu companheiro, endossaram nossa afirmação anterior conforme segue:

“Eu tenho um sobrinho, que a minha cunhada tirou o peito para fazer cirurgias estéticas, e o irmão dele, eles têm uma diferença de quatro a cinco anos, um é bem tranqüilo e o outro bem agitado, tudo que um não faz, o outro faz em dobro, ele vai fazer três anos, e agora é que está começando a falar, desenvolveu bem tarde a questão da fala, de começar a engatinhar. Na época a gente criticou bastante ela, porque ela tinha leite suficiente e com dois meses ela simplesmente tirou.” (Puérpera A – Cc V).

“E eu presenciei cenas de ela colocar para mamar, ele dar duas ou três sugadas e ela tirava, o leite jorrava do peito, não escorria, espirrava, ela tinha leite suficiente para amamentar ele.” (Companheiro A – Cc V). *“E hoje ele tem um pouco mais de dificuldade.”* (Puérpera A – Cc V).

Estimulamos a reflexão sobre as vantagens do aleitamento, mas também deixamos claro que de acordo com nosso pensamento, outras questões também influenciam no desenvolvimento infantil. Falamos do maior tempo de aconchego que a criança recebe durante a mamada no peito em relação à mamadeira, e nos reportamos, neste momento, à puérpera B, tentando tranqüilizá-la, pois mesmo não tendo amamentado por um longo tempo, acreditávamos que era bastante carinhosa com seu filho, compensando este tempo. Reforçando nossa fala, a puérpera A acrescentou outra informação do caso familiar relatado: *“E no caso, quando ela tirou, ela não ficava mais com o neném, que ficava era babá, então até a questão do carinho já perdeu também.”* (Puérpera A – Cc V). Falamos da outra vantagem relacionada à prevenção das alterações das funções orais e citamos que talvez no caso relatado, se amamentada mais tempo, a criança tivesse maior facilidade em falar. Mostramos figuras do álbum seriado, exemplificando a diferença da sucção na mamadeira e no peito. Expusemos uma mamadeira aos

participantes e indagamos o porquê de ela ser tão bonitinha, diante da dúvida demonstrada pelos participantes, falamos do interesse comercial existente na utilização da mamadeira e produtos afins, ressaltamos que há pessoas e organizações que fiscalizam a produção e comercialização desses produtos, para evitar que as mulheres sejam induzidas a utilizar outro leite que não o materno. Lembramos ao grupo que todos temos a liberdade de escolha, que é essencial refletir sobre tais questões e ter discernimento para avaliar e decidir. Abordamos também o envolvimento de outros componentes da família no preparo, quando no uso da mamadeira, e perguntamos o que os participantes pensavam, se o amamentar realmente era mais prático, uma puérpera se manifestou: *“Mais prático.”* (Puérpera E – Cc V). Citamos exemplos de praticidade, mas lembramos que na madrugada também é necessário acordar para amamentar, a mesma puérpera reforçou: *“Para mim é mais prático.”* (Puérpera E – Cc V). Abordamos também vantagens para a mulher como a prevenção de hemorragias devido à contração uterina e o empoderamento da mulher que amamenta. A puérpera E mais uma vez declarou seu sentimento: *“É gratificante.”* (Puérpera E – Cc V).

Dirigimo-nos à puérpera que estava com o recém-nascido na Unidade Neonatal e indagamos se havia pegado no peito conforme conversamos anteriormente, ela concordou. Investigamos então o que pensavam sobre o intercalar das mamas. Várias responderam que deveria intercalar nas duas mamas, pedimos esclarecimento se seria na mesma mamada e novamente tivemos como resposta: *“Não, cada mamada em um peito.”* (Puérpera F – Cc V). Ao perguntarmos o motivo, ouvimos que a puérpera F já possuía este conhecimento: *“Porque o leite gordo vem no final.”* (Puérpera F – Cc V). Elogiamos a resposta e reforçamos para os outros participantes. A seguir, como complemento, perguntamos sobre a existência do leite fraco e outro depoimento carregado de conhecimento anterior se fez presente: *“Eu acho que não é uma questão de leite fraco, é questão de você saber se o bebê chegou a tomar até o último leite ou não, acontece de ele cochilar e se a gente vai lá e tira, ele não chegou a pegar outro leite, se passa para outro peito, acontece a mesma coisa.”* (Puérpera A – Cc V).

Complementamos que estas são questões iniciais e que à medida que se convive com o bebê, passa-se a conhecer as suas reações e, então, seu companheiro referiu-se ao bebê: *“O meu já nasceu satisfeito.”* (Companheiro A – Cc V). Como na etapa de investigação temática percebemos o bebê sonolento, com dificuldade na pega e sucção da

mama, completamos que achávamos que havia sim nascido dorminhoco. Os participantes, descontraídos, riram da situação. Completamos que é comum os bebês dormirem bastante, principalmente nas primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o nascimento.

Como já havíamos dialogado sobre os dois temas investigados, introduzimos o tema da alimentação da nutriz perguntando se na opinião dos participantes a nutriz poderia comer todos os tipos de alimentos e ouvimos não de alguns participantes.

“Eu acho que até pode, mas no momento que a gente vê que a criança, porque nenhuma criança é igual, tem mãe que come feijão, come de tudo, e a criança não tem nada, outras, uma fruta ou qualquer coisa que come diferente, a criança já tem cólica, então acho que vai mais da gente, no começo até prefiro evitar, mas vai de a gente ver o que realmente a criança vai...” (Puérpera A – Cc V).

Perguntamos então o que evitaria: *“Eu já ouvi falar de feijão, laranja, frutas ácidas.”* (Puérpera A – Cc V). *“Frutos do mar.”* (Companheiro A – Cc V). *“Dizem que é coisas mais pesadas.”* (Puérpera A – Cc V). Percebemos, em meio a tantas falas, uma das puérperas tentando se expressar e então nos reportamos a ela fazendo com que o grupo percebesse: *“Mamão.”* (Puérpera G – Cc V). Surpreendemo-nos com a colocação e pedimos confirmação: *“Não pode porque ontem eu assisti à palestrinha aqui e elas falaram que não.”* (Puérpera G – Cc V). Diante do relato de que a informação veio da equipe da maternidade, indagamos se ela lembrava o motivo alegado: *“Porque dá cólica no neném. E alho também não pode.”* (Puérpera G – Cc V). *“O vinagre.”* (Puérpera H – Cc V). Tentamos falar do nosso conhecimento sobre o assunto e não conseguimos devido a outras narrações: *“Farinha de mandioca também não pode...”* (Mãe B – Cc V). Novamente demonstramos surpresa e relatamos nunca ter ouvido sobre a proibição deste alimento. A puérpera A trouxe uma experiência contrária: *“A minha amiga mora lá em Ganchos, Governador Celso Ramos, na primeira semana ela dá-lhe a comer camarão, comer tainha, que é bem gordurosa e a menina dela não teve nada de cólica.”* (Puérpera A – Cc V). O companheiro tentou falar *“A cólica...”* (Companheiro A – Cc V), porém deu voz a outras puérperas:

“E se eu falar para vocês que quando eu ganhei o outro nenê, eu ganhei de madrugada, era final de semana, no outro dia ao meio-dia veio maionese super temperada, arroz e feijão, galinha assada, no outro dia bife acebolado, e isso dentro do hospital, então eu acho que não tem essa, eu continuei comendo tudo em casa e a minha filha nunca teve

cólica.” (Puérpera E – Cc V).

“Por isso que eu acho que melhor perceber com o que o neném vai reagir e com o que não.” (Puérpera A – Cc V).

Falamos sobre o que comumente as pessoas comentam sobre isto dando alguns exemplos. Ao citarmos que algumas colocações do grupo, como a farinha, era novidade para nós, uma puérpera completou: *“Portanto que os antigos, a maioria era tratada com caldo, e no caldo é colocado farinha.” (Puérpera C – Cc V).* Citamos que normalmente os indígenas possuem alimentação rica em mandioca e amamentam bastante. *“É.” (Puérpera A – Cc V).* *“É a história.” (Puérpera C – Cc V).* Ressaltamos a importância de a nutriz manter uma alimentação variada e saudável e os comentários surgiram: *“Para você poder ter leite, você precisa comer várias frutas.” (Puérpera D – Cc V).* *“Eu não sou muito de comer feijão, por exemplo, eu tenho que me alimentar bem, mas se eu não sou acostumada a comer feijão, como que eu vou comer feijão e depois dar de mamar, eu acho que também tem muito disso.” (Puérpera F – Cc V)* *“A laranja tem vitamina C e o bebê precisa, e a gente precisa mais ainda, são várias coisas.” (Puérpera E – Cc V).* Incluímos um comentário sobre a dificuldade do recém-nascido em eliminar gases devido ao amadurecimento intestinal tardio, neste momento tentamos envolver o acompanhante estudante da área da saúde, imaginando que ele poderia ter estudado algo sobre isso, porém este nos respondeu negativamente. *“E sobre esses movimentos, para não deixar dar a cólica tem vários movimentos, e que se vê que o neném solta pum, tem várias coisas assim.” (Puérpera E – Cc V).* *“Essa minha amiga que já na primeira semana comeu peixe e camarão, o marido dela faz muito exercício com neném, a gente estava e viu que ela solta muito, a gente percebeu que facilitou para soltar os gases.” (Puérpera A – Cc V).* Lamentamos com o grupo que infelizmente não teríamos contato frequente após a alta, e entre os participantes também, pois se isto acontecesse teríamos oportunidade de trocar experiências de como se desenrolou a questão alimentar e das cólicas do recém-nascido e realizar as comparações. Contamos nossa experiência pessoal com o primeiro filho, quando realizamos vários testes relacionados à alimentação durante o período de amamentação e que não verificamos nenhuma relação com o aparecimento ou alívio da cólica do bebê. Relatamos que no momento existe comprovação é da passagem do gosto e do cheiro dos alimentos que a nutriz ingere para o leite materno,

exemplificamos com o caso relatado pela puérpera A, da amiga que ingeria frutos do mar, para declarar a necessidade da criança se acostumar com o que comerá mais tarde. *“Tanto que minha filha sempre comeu de tudo, e eu não sei o que é dor de barriga na minha filha.”* (Puérpera E – Cc V). Alertamos também sobre a ingestão de cafeína e aproveitamos o momento para perguntar a opinião dos integrantes sobre o aumento da ingestão de leite no período de lactação, ouvimos: *“Eu tomava bastante leite.”* (Puérpera C – Cc V). *“Eu acho que não é o leite, é o líquido, tanto que mandam a gente tomar bastante água, quando eu saí da cesárea ontem, estava louca de sede.”* (Puérpera E – Cc V). Validamos o depoimento falando da reposição de líquido e introduzido um pouco da fisiologia da lactação. Esclarecemos que com o aumento da ingestão de leite existe a possibilidade de incorporação da proteína do leite de vaca no leite materno com conseqüências no recém-nascido.

Como cuidados com a cólica, perguntamos se alguém conhecia a massagem e os exercícios e solicitamos ajuda para demonstrações com um boneco bebê. A puérpera A comentou a respeito de um conhecido: *“Ele fazia assim com as perninhas.”* (Puérpera A – Cc V). Demonstramos o exercício, a massagem abdominal no sentido horário e a posição deitada no abdômen e no braço.

Indagamos sobre o desejo dos participantes em dialogar sobre outros temas, sinalizaram que não, então questionamos sobre o que acharam do círculo e tivemos as seguintes colocações: *“Ô, ajudou a esclarecer várias coisas.”* (Puérpera E – Cc V). A puérpera A, referindo-se a minha ajuda no quarto: *“Eu na verdade já tive a ajuda antes.”* (Puérpera A – Cc V). Comentamos que o círculo não deve ser a única forma de ajuda. Perguntamos se a puérpera havia amamentado novamente: *“Ele parou, depois eu coloquei mais uma vez, mas depois para acordar ele eu não consegui.”* (Puérpera A – Cc V). Repetimos para o grupo como fizemos naquele momento para acordar o bebê que ainda não havia mamado após o parto ocorrido no dia anterior, frisamos que normalmente isto não é necessário: *“Tem também aquela massagenzinha atrás orelhinha.”* (Puérpera C – Cc V). Falamos também de abrir a fralda às vezes também funciona e percebendo então o esgotamento do diálogo, encerramos oferecendo ajuda posterior a quem porventura precisasse.

Este círculo proporcionou a participação de todos os presentes, foi bastante importante presenciar a puérpera B relatar seus sentimentos e sensações frente à amamentação, acreditamos que o diálogo aberto, a ausência de imposições e de um programa pré determinado facilitou

para a puérpera a exposição dos verdadeiros motivos de apresentar um período encurtado de amamentação do filho anterior, sendo que talvez, em outra situação, estes permanecessem camuflados.

Foi marcante, também, constatar que sempre que solicitávamos aos participantes que contribuíssem com seu conhecimento, experiências e opiniões, estes rapidamente respondiam sem haver grande necessidade de estimular a participação específica de alguém, as contribuições foram relativamente homogêneas.

Outro ponto observado foi o tempo de duração do círculo, um dos maiores e que, apesar de iniciarmos com poucos temas, somente dois, durante o círculo emergiram mais cinco, com a construção de um rico o diálogo em torno dos mesmos.

Na seqüência, nos Quadros de 36 a 42, apresentamos as etapas de codificação e decodificação dos temas do círculo de cultura V:

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|--|
| Conhecimento parcial e recente sobre o posicionamento adequado Dúvida sobre a posição que estava utilizando | Posições variadas para amamentar Necessidade de conforto para a mãe e para ao recém-nascido |

Quadro 36 – Posição da mãe e do bebê na manada.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|----------------------------------|--|
| Bebê não sugou após o nascimento | Posições que podem influenciar na pega Conforto do bebê |

Quadro 37 - Dificuldade do bebê em realizar a pega da região mamilo-areolar.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|--|
| Não se sente bem ao amamentar Nojo do leite Vomita quando vê uma criança mamando Gosta de amamentar | Amamentação deve ser prazerosa Procurar não amamentar por pressão |

Quadro 38 - Prazer/desprazer ao amamentar.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|--|
| Criança saudável, sem febre, gripe Outros leites podem causar alergia Dificuldade no desenvolvimento motor e de fala quando pouco amamentado | Proteção contra doenças na infância e idade adulta Melhor desempenho escolar Criança mais calma Fortalecimento do vínculo com a mãe Praticidade do aleitamento materno Prevenção de hemorragias para a mulher Diferenças da sucção na mamadeira e no peito |

Quadro 39 - Vantagens do aleitamento materno.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Conhecimento sobre alternância das mamas Conhecimento sobre leite posterior Impressão de término da mamada com o cochilo do bebê na mama | Reforço sobre a modificação do leite durante a mamada Tempo de mamada variável Importância da avaliação da mamada Sonolência do bebê |

Quadro 40 - Composição do leite materno.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Restrição de mamão, vinagre, farinha de mandioca Orientação da equipe da maternidade para restringir o mamão Conhecimento de que falam em feijão, frutos do mar, frutas ácidas Amiga que comeu frutos do mar e o bebê não teve cólica Experiência de não fazer restrição no filho anterior | Variedade dos conselhos sobre o que restringir <i>Flavor</i> Importância de alimentação saudável para a mãe Alimentos com interferência comprovada Melhor adaptação do bebê aos alimentos que a mãe ingeriu Ingestão Líquida |

Quadro 41 - Alimentação da nutriz.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|--|
| Conhecimento parcial das posições e cuidados que promovem alívio | Manobras para auxílio do funcionamento intestinal do RN Cuidados com aumento da ingestão de leite de vaca |

Quadro 42 - Cólicas do bebê.

Círculo de cultura VI

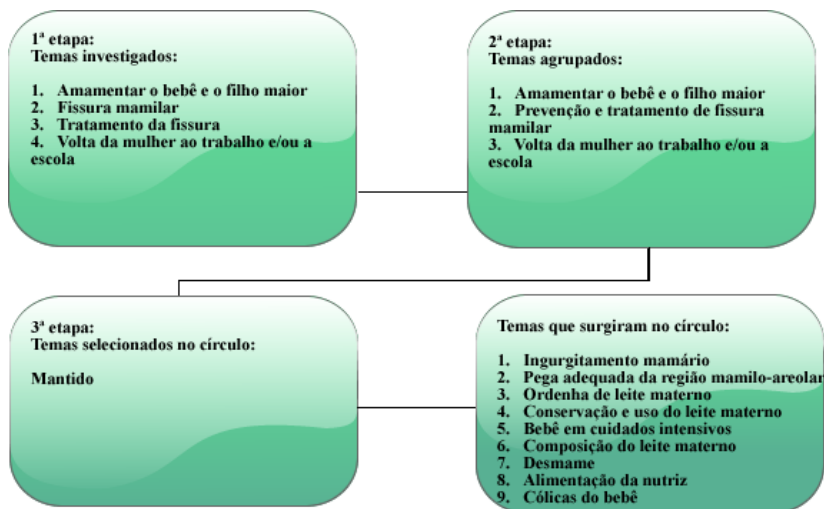


Figura 7 - Representação gráfica da etapa de investigação temática do círculo de cultura VI.

O sexto círculo foi realizado no dia 27/08/09, teve a duração de 55 (cinquenta e cinco) minutos. Neste dia a Unidade de Alojamento Conjunto contava com poucas puérperas internadas, foram convidadas 07 (sete) puérperas, mas participaram do círculo 03 (três) puérperas e 01 (um) acompanhante.

Este círculo foi realizado em meio a mudanças nas unidades da maternidade que envolveram a estrutura física e por isto, com agitação da equipe e das próprias puérperas e acompanhantes. Algumas unidades foram interditadas e necessitaram de evacuação em algumas horas, envolvendo transferência de muitos dos recém-nascidos da Unidade Neonatal. Uma das participantes, cujo bebê passou várias horas com a possibilidade de transferência, participou do círculo com dificuldade, aparentava cansaço e dor após um dia de muita tensão e muitas caminhadas até a Unidade Neonatal.

Iniciamos apresentando em flip chart os temas investigados na primeira etapa conforme figura VII. Salientamos que um dos temas, amamentar também o filho maior, referia-se a situação de uma puérpera

que não estava presente, pois estava com sangramento na incisão abdominal, esclarecemos que mesmo assim, se o grupo quisesse poderíamos dialogar a este respeito. Perguntamos se alguma das participantes tinha filho maior que estava amamentando: *“Eu tenho, mas não amamento, ele está com 3 anos e 5 meses, mas ele parou de mamar aos cinco meses, por que eu tive que voltar ao trabalho.”* (Puérpera A – Cc VI). Comentamos que nos lembrávamos do comentário que a mesma fez durante a investigação temática, que não havia amamentado muito tempo. *“É, foi secando e ele foi rejeitando, se eu pudesse tinha amamentado mais.”* (Puérpera A – Cc VI). Pedimos esclarecimento se ela acreditava que o motivo da rejeição foi ter secado, ela explicou:

“Não, eu acho, eu comecei a trabalhar, e na hora da manada enchia muito o seio, e quando eu voltava estava duro e ele não pegava, um secou e outro ficou cheio. Aí a minha sogra, disse que: Esse leite aí já está empedrado, se eu fosse você não dava mais para o guri, pode fazer mal. Aí foi indo, ele parou e foi para o leite de vaca.” (Puérpera A – Cc VI).

Indagamos aos outros participantes sobre o que pensavam sobre isto e a puérpera complementou o depoimento: *“Ela dizia: esse leite está há dias aí e o guri não mama, se eu fosse tu não dava mais para o guri, pode fazer mal, aí foi indo ele parou.”* (Puérpera A – Cc VI).

Perguntamos mais diretamente, então, se acreditavam que amamentar com a mama ingurgitada ou cheia tinha algum efeito maléfico para a criança: *“Ah, aí eu não sei. (Puérpera B – Cc VI). “Talvez não, não é? Está guardadinho.”* (Puérpera A – Cc VI). Esclarecemos que comumente fica bastante dolorido quando a mama está ingurgitada e a pega é dificultada. Mostramos a mama cheia com a mama cobaia e uma das participantes completou: *“Ah! Sim. Aí dói mais ainda não é?”* (Puérpera A – Cc VI).

Inquirimos os integrantes do círculo a respeito do conhecimento sobre a pega da região mamilo-areolar e uma das puérperas demonstrou saber: *“Pegar o seio todo.”* (Puérpera A – Cc VI). Continuamos explicando sobre a dificuldade de o bebê pegar com a mama cheia, a puérpera A afirmou em relação à mama cheia: *“Aí dificulta para o bebê”* (Puérpera A – Cc VI). Estimulamos o grupo a refletir sobre que outra consequência esta situação poderia acarretar e que já estava acontecendo com uma das puérperas presentes: *“Começa a dar rachadura, isso dói um monte.”* (Puérpera A – Cc VI). Comentamos sobre a ejeção de leite quando faz a expressão no mamilo e na aréola,

demonstramos com a mama cabaia. Falando da presença de fissura, a puérpera citou sua situação: *“Está os dois seios assim.”* (Puérpera A – Cc VI). Reforçamos que o leite, com a mama ingurgitada, apenas ficou um tempo maior sem sair, mas que não modifica a sua composição e não deixa de ser saudável. O companheiro da puérpera A brincou: *“Já é um queijinho.”* (Companheiro A – Cc VI). Comentamos que realmente o leite fica mais espesso, mas sua composição é mantida. *“E quem sabe tem até mais, talvez seja mais concentrado.”* (Companheiro A – Cc VI). Acrescentamos que quando realiza a massagem na mama, o leite retorna ao estado anterior. Indagamos a experiência e/ou conhecimento dos cuidados com a mama empedrada: *“Não sei.”* (Puérpera B – Cc VI). *“A minha mãe passava na minha irmã que empedrou, acho que era, banha de porco morninha, foi desempedrando, fazia massagem assim, e tem gente que fica embaixo do chuveiro para aquecer o peito, e o leite vai saindo, vai amolecendo.”* (Puérpera A – Cc VI). Falamos da função de lubrificar para não lesionar a pele com a massagem.

“Sim, não pode ser quente, senão vai arrumar mais um problema, resolve um e ganha dois. Eu só sei que na minha irmã era flebite, ficou todo vermelho, e vinha para debaixo do braço, ficou muito feio. e ela tem bem mais seio do que eu, ficou até debaixo do braço, doía tudo. a minha mãe fez isso e deu uma melhorada. (Puérpera A – Cc VI).

Oferecemos ajuda à puérpera A para colocar o bebê na mama, já que esta se encontrava com fissura, esta aceitou. Após, demonstramos a massagem e a retirada manual. Perguntamos se as outras participantes já haviam tentado retirar o leite, como a resposta foi negativa, indagamos a puérpera do bebê que estava na Unidade Neonatal: *“Não tirei ainda.”* (Puérpera C – Cc VI). Perguntamos se o bebê ainda estava se alimentando e ela, falando pouco, negou. A seguir perguntamos da condição do bebê e entendemos melhor quando ela demorou a responder e o fez com a voz embargada: *“É grave.”* (Puérpera C – Cc VI). Após perguntarmos, confirmou também que estava em ventilação mecânica. Tentamos estimulá-la a iniciar a ordenha assim que se sentisse em condições, sendo esta uma das coisas que estaria na sua mão, só ela poderia fazer e ajudaria muito na recuperação do seu filho, assim que iniciasse a alimentação, lembramos também das propriedades do colostro e ressaltamos a importância de retirar o leite nos próximos dias. A puérpera esclareceu que a equipe de enfermagem iria orientá-la neste sentido: *“É, depois a menina do Banco de Leite disse que quer conversar comigo para retirar.”* (Puérpera C – Cc VI). Comentamos

que provavelmente ela seria orientada quanto a alguns cuidados na retirada, para que o leite mantivesse suas propriedades e não fosse contaminado, ressaltamos que o leite materno também pode ficar impróprio para o uso. O acompanhante confirmou nossas palavras: *“Está protegido lá dentro, saiu dali...”* (Companheiro A – Cc VI). Declaramos que a nossa pele é colonizada por bactérias e que facilmente se misturam ao leite e também que as mãos são um grande meio de transporte para as bactérias, por isso a necessidade de lavá-las antes da ordenha. *“Aqueles monstrinhos invisíveis.”* (Companheiro A – Cc VI). Concordamos e perguntamos como a puérpera pensava em realizar a ordenha e nos surpreendemos com a resposta, referiu-se primeiramente a uma das puérperas e, posteriormente, à profissional do Banco de Leite Humano: *“Vou fazer como ela falou, ela vai trazer a bombinha.”* (Puérpera C – Cc VI). Pedimos confirmação se realmente a profissional havia falado em bombinha e a puérpera sinalizou positivamente. Procurando não contradizer diretamente a profissional, demonstramos a ordenha manual utilizando a mama cobaia e um frasco. Falamos da fisiologia da lactação ressaltando que a produção é regulada pela mamada ou pela estimulação da mama na ordenha, sendo importante o tempo de estimulação para que a manutenção da produção de leite, neste caso, até a melhora do bebê. Percebemos concordância da puérpera e falamos um pouco da conservação sob congelamento.

Percebendo a outra puérpera calada, tentamos inseri-la no diálogo: *“Estou só ouvindo.”* (Puérpera B – Cc VI). Introduzimos então, a explicação sobre as modificações ocorridas na composição de leite, tanto durante a mamada, quanto durante o período de aleitamento materno. O participante companheiro demonstrou entendimento falando da puérpera cujo bebê estava na Unidade neonatal: *“É por isso que, se tirar o leite dela agora, depois o bebê vai começar o processo, daqui dez dias, que a mãe está tendo hoje.”* (Companheiro A – Cc VI). Validamos a sua conclusão e então continuou: *“O leite precisa ser o leite hoje para dar daqui a dez dias.”* (Companheiro A – Cc VI). Para reforçar a mudança de composição durante a mamada, citamos o exemplo da puérpera que se apresentava mais calada e que havia começado a amamentar há alguns minutos. Durante a fala, relacionamos as informações com o tema de amamentar um filho maior questionando qual deveria ser amamentado primeiro: *“A gordura é mais importante é isso?”* (Puérpera A – Cc VI). Esclarecemos que para algumas coisas, como para o desenvolvimento cerebral e para engordar. *“E então ela tem que amamentar o grande primeiro para deixar a gordura do leite para pequenininho, mas tem quantos anos?”* (Puérpera A – Cc VI).

Respondemos que no caso da puérpera relacionada à investigação deste tema, mais de um ano. *“Mas este não é o processo ideal, o ideal seria tirar o peito uns dois meses antes de o bebê nascer.”* (Companheiro A – Cc VI). Citamos que poderia ser feito isto, mas que era também possível continuar amamentando. *“Não conheço muito de seres humanos, mas eu sou do sítio, trabalho com os animais, e quando a vaca está prenha, chega seis a sete meses, tem que secar ela, a forma de fazer é diminuir, tirar menos leite.”* (Companheiro A – Cc VI). Perguntamos se seria separar o bezerro: *“O bezerro tem que separar de vez, no máximo no oitavo mês, para quando o outro nascer, pois o leite é completamente diferente, nos quatro a cinco dias, o primeiro leite, não tem nem como a gente consumir.”* (Companheiro A – Cc VI). Indagamos se precisaria ser aos poucos a separação: *“Sim, se não a vaca pode ficar doente.”* (Puérpera A – Cc VI). Questionamos se o bezerro também poderia adoecer: *“Não, o bezerro não, porque já se acostumou a ser alimentado com outra coisa, pode emagrecer um pouquinho, mas a vaca é que pode realmente ficar doente.”* (Companheiro A – Cc VI). Declaramos que, nos seres humanos, a brusca interrupção do aleitamento materno pode trazer prejuízos, inclusive psicológicos.

“Quando eu voltei a trabalhar eu me sentia triste na hora da mamada, porque eu era obrigada a estar no trabalho, meu peito estava cheio, e meu filho estava em casa, então isso doía, eu me sentia um pouco deprimida. E a minha prima, ela é uma grande experiência, trabalhava na loja de uma grande rede, aí ela ficou grávida e que eles a mudaram de setor porque deu um problema no braço dela, ela trabalhava no computador e colocaram no crediário, e aí ela ganhou neném e disse que jamais deixaria de trabalhar porque ganhava bem, ela voltou a trabalhar e na hora da mamada dava uma depressão, começava a chorar, o chefe dela conversou com ela e colocou que pelo que ele estava vendo ela teria de se afastar, largar o emprego e cuidar do neném, ela foi ficando deprimida largou o emprego e foi cuidar do neném, não trabalha mais.” (Puérpera A – Cc VI).

Comentamos a dificuldade em ficar longe do bebê e exemplificamos com o que a puérpera C passou com a possibilidade de transferência do seu filho, que provavelmente imaginou o quanto é difícil ficar longe do bebê. Perguntamos se os outros participantes perceberam a movimentação na maternidade: *“É, eu percebi.”* (Puérpera A – Cc VI). Explicamos rapidamente o que sabíamos sobre a situação sobre o comprometimento da estrutura do prédio. *“É nesse*

andar?” (Puérpera A – Cc VI). Respondemos que não, se tratava do prédio em anexo, onde ficava a Unidade Neonatal, Banco de Leite Humano, Emergência Obstétrica e Centro Obstétrico. O acompanhante, que segundo sua companheira era pedreiro, fez sua avaliação: “A estrutura física deste prédio precisa urgente de uma reforma.” (Companheiro A – Cc VI). Explicou algumas coisas que havia percebido e considerava caóticas.

Após notarmos que a puérpera C aparentava desconforto e dor, perguntamos se gostaria de ir para o quarto, aceitou citando que acreditava ter deambulado muito, oferecemos ajuda, como dispensou, fomos até o corredor e avisamos uma técnica de enfermagem para que a assistisse. Após sua saída surgiu curiosidade em relação ao que teria acontecido com o seu filho. “O que aconteceu com ele?” (Puérpera A – Cc VI). Declaramos que não sabíamos detalhes devido ao pouco contato anterior com a puérpera, mas que o bebê havia sido encaminhado para a Unidade Neonatal logo após o parto. Demonstrando solidariedade, a puérpera A comentou: “Coitadinha, por que toda mãe quer ir para o quarto com seu bebê, espero que dê tudo certo.” (Puérpera A – Cc VI).

Voltamos ao que dialogávamos anteriormente, elogiamos a conclusão da puérpera e reforçamos que somente com o leite anterior o bebê não ganharia muita massa corporal e não teria a sensação de saciedade que a ingestão de gordura provoca. “É, mas vendo o lado prático disso pode prejudicar a saúde.” (Companheiro A – Cc VI). Falamos que muitas vezes a criança deixa espontaneamente de mamar quando inicia a produção do colostro, mas que para interromper é bom pensar principalmente nas questões de apego e ciúme com a vinda do novo bebê. “Pode ser.” (Puérpera A – Cc VI).

Em seguida o bebê da puérpera A começou a chorar e ela disse: “Eu não sei o que está acontecendo, se é o leite que está fraco, está pouco, não sei o que está havendo, porque ele mama em pinguinho.” (Puérpera A – Cc VI). Comentamos que às vezes ele pára, por alguns instantes, mas depois quer continuar. “Existem duas situações, pode ser uma cólica assim, ele pode mamar e passar de vez, ou....” (Companheiro A – Cc VI). Indeciso sobre o que seria a outra possibilidade, perguntamos o que faziam com a cólica, e mais uma vez tentamos inserir a outra puérpera participante perguntando se era seu primeiro filho, respondeu que não e relatou sua experiência: “Colocava a barriguinha dela na minha quando deitava.” (Puérpera B – Cc VI). “Eu dava Funchicória.” (Puérpera A – Cc VI). Perguntamos qual foi o efeito: “Para o meu filho adiantou bastante, mas eu também deitava ele em cima de mim.” (Puérpera A – Cc VI). Demonstrando bastante

segurança o acompanhante e a puérpera A afirmaram: “A melhor coisa para cólica realmente é a mulher se cuidar ao máximo com alimentação.” (Companheiro A – Cc VI). “Com certeza, eu não comia feijão, refrigerante, chocolate, essas coisas assim.” (Puérpera A – Cc VI). Indagamos se chegou a testar os alimentos ou apenas os eliminou da dieta. Afirmou que não comia, mas narrou sua experiência uma vez que, por esquecimento, acabou ingerindo: “Mas uma vez eu foi comer melancia e nós não dormimos à noite.” (Puérpera A – Cc VI). “Nós conseguimos uma lista de vinte e poucas comidas, principalmente a comida com acidez, conservantes, frituras. Frituras são terríveis, se já dá azia para nós, imagine para uma criança.” (Companheiro A – Cc VI). “O tempero verde dá muita cólica na criança.” (Puérpera A – Cc VI). Indagamos se a fonte da lista era algum serviço de saúde:

“Não, é da minha bisavó. Tinha um médico uma vez, que com ele também conseguimos uma lista, com alguns produtos com gordura, a gente fica impressionado, e o abacate, e sempre fiquei preocupado porque achava que tinha colesterol. Mas é a gordura boa.” (Companheiro A – Cc VI).

Validamos a informação e após nosso comentário do uso do abacate em outros países da América do Sul, ela completou: “Eu tenho um primo que é peruano, que casou com a minha prima, e o abacate ele só come com sal, ele acha engraçado gente comer com açúcar, eu acho engraçado ele comer com sal.” (Puérpera A – Cc VI).

Voltamo-nos novamente para a puérpera B resgatando a sua experiência em colocar o bebê em decúbito ventral, respondeu apenas: “Sim.” (Puérpera B – Cc VI). Inquirimos sobre outras possíveis posições: “Eu até colocava o travesseiro de o meu colo deitava ele e ia e mexendo a perna, às vezes ele se acalmava, e é que tem que ter calma.” (Puérpera A – Cc VI). “Passar a mão nas costinhas.” (Puérpera B – Cc VI). Estimulamos que pensassem no funcionamento do intestino e citamos a dificuldade do bebê em realizar os movimentos peristálticos coordenados. “É ele tem que ter aquele tempo para se adaptar à nova vida, eu acho!” (Puérpera A – Cc VI). “Mas essa da alimentação, e também existem coisas que a medicina não explica, mas a experiência das pessoas... Como nós, que nos demos mal no outro filho, porque ela teve desejo comer melancia.” (Companheiro A – Cc VI). “Depois de ganhar o filho deu desejo.” (Puérpera A – Cc VI). “Eu fui no supermercado, comprei e ela comeu um pedaço, mas ficamos a noite toda sem dormir.” (Companheiro A – Cc VI). “E estava lá na lista

que não podia.” (Puérpera A – Cc VI). “E quando a minha mãe falou com outra senhora ela disse: Eles estão loucos de comer melancia.” (Companheiro A – Cc VI). “E por causa de uma fatia de melancia não dormimos a noite toda.” (Puérpera A – Cc VI). Comentamos que o conhecimento é importante, mas que a experiência também conta muito. Perguntamos se os participantes utilizavam a massagem abdominal no bebê: “Eu fazia.” (Puérpera B – Cc VI). “A senhora diz para cólica?” (Puérpera A – Cc VI). Apenas respondemos que sim e a puérpera B sentiu-se a vontade para narrar um pouco mais sua vivência: “Eu passava fralda, colocava quente e na barriga deles.” (Puérpera B – Cc VI). Validamos o relato e demonstramos a massagem abdominal em sentido horário no boneco bebê. Justificando a não utilização o participante completou: “É que no nosso, depois disso ele não teve, ela é que passou a trabalhar com bastante comida reduzida.” (Companheiro A – Cc VI). “Passei mesmo, a gente ia passear na casa dos outros... Teve uma festa que eu nem fui, não adiantava, não podia comer nada, tinha fome mas não comia, dava vontade mas eu não comia as coisas, bolo, refrigerante do lado, mas não comia.” (Puérpera A – Cc VI). Sugerimos que observassem neste filho, pois às vezes o bebê tem cólicas mesmo com a restrição de alimentos da nutriz. “De cara, aqui no hospital não dá para se cuidar, vem a comida, o que veio ali que eu não tomei foi um suco, de laranja não era. (Puérpera A – Cc VI). “É um suco de manga eu acho.” (Companheiro A – Cc VI). “A laranja não estou chupando, só a lima.” (Puérpera A – Cc VI). Falamos das pesquisas, da moderação no consumo de alguns alimentos e de quanto isso muda de pessoa para pessoa. “É, tem mulher que já chegou para mim e disse: Eu não me cuidei e meu filho não teve cólica.” (Puérpera A – Cc VI). Falamos de nossa experiência pessoal, da diferença que observamos nos dois filhos e da importância do leite posterior na diminuição das cólicas. O participante concordou: “É neste caso a medicina explica.” (Companheiro A – Cc VI). Descontraído, também questionou porque o boneco bebê estava de fralda, explicamos que para demonstração da higiene e troca de fralda e sua companheira nos ajudou: “Eu, por exemplo, coloquei a fralda do meu filho ao contrário.” (Puérpera A – Cc VI). Demonstramos também o exercício de flexão e extensão dos membros inferiores do recém-nascido. A puérpera sem conhecer perguntou: “É? E isso ajuda na cólica é?” (Puérpera A – Cc VI). Confirmamos que ajuda principalmente se for associado à massagem e então o companheiro:

“Uma criança maior, para passar a dor de barriga se coloca sentada assim, passa na hora. Puxar os pés para cima, passa num instantinho,

hoje não dá tanto mas antigamente dor de barriga era muito comum, não havia geladeira, só não se comia as comidas quando percebia que estava estragada. Tirava do fogão, ficava no relento, comia no outro dia. A dor de barriga era constante, terrível, hoje até não dá tanto, o problema de germes também era bem comum.” (Companheiro A – Cc VI).

E o diálogo seguiu: *“As crianças também andavam de descalço, às vezes com o rabinho de fora.” (Puérpera A – Cc VI). “Ela e a família dela tem esta mania de não deixar andar descalço, e descalço não tem nada a ver, o nosso filho tem dois anos e meio e nunca colocou o pé na areia.” (Companheiro A – Cc VI). “O nosso não anda porque tem as tem as perninhas tortas e está fazendo tratamento ortopédico.” (Puérpera A – Cc VI).* Falamos que realmente é raro adquirir vermes por penetração na pele, mas que em nossa região é grande a possibilidade da Tunga penetrans, ele concordou.

Inserimos, neste momento, o tema da fissura, já relatado, mas pouco dialogado. Lembramos a citação da puérpera A quanto ao uso da manteiga de cacau e esclarecemos à outra puérpera que ela já havia comprado manteiga de cacau por ter usado no outro filho, mas alguém da equipe da maternidade disse para ela não utilizar. Falamos da importância de lubrificar, porém que existe risco de contaminação ao utilizar produtos na região mamilo-areolar. Os participantes concordaram conosco. Comentamos que o risco aumenta com a presença de fissura, não sendo indicado a utilização de outras receitas. *“Eu estava colocando o leite do peito.” (Puérpera A – Cc VI).* Elogiamos a atitude e explicamos que o leite posterior funciona também como lubrificante. A seguir falamos da pega adequada na região mamilo-areolar e mostramos as figura do álbum seriado que enfocavam este ponto. Fizemos sugestões para estimular o bebê a abocanhar adequadamente e para retirar da mama para recomeçar a mamada quando esta não está de acordo.

Abordamos então o último tema investigado, a volta ao trabalho, perguntamos a puérpera A, que já havia nos relatado dificuldade, se neste filho iria trabalhar também como no anterior: *“Eu vou trabalhar porque eu fiz o concurso público de Biguaçu e estou trabalhando na prefeitura, mas ainda bem que é meio período, da uma as sete, porque direto a criança fica...” (Puérpera A – Cc VI).* Antes que pudéssemos comentar, uma profissional interrompeu o círculo para colocar travesseiros na sala, devido às mudanças de reorganização dos setores

para o esvaziamento dos que estavam comprometidos. Diante da estranheza dos participantes, sentimos a necessidade de esclarecer que a ação da profissional foi devido à necessidade de esvaziamento dos outros setores e então o participante nos questionou: “*É tão urgente assim?*” (*Companheiro A – Cc VI*). Falamos que foi exigência de órgãos competentes após uma vistoria. Retornando ao tema, falamos da possibilidade de retirar o leite no local de trabalho e deixar para quem ficar com bebê. Então o companheiro: “*Igual a Claudia Leite.*” (*Companheiro A – Cc VI*). Brincamos, então, com a estrutura de apoio que deve ter a cantora citada. A puérpera pediu mais esclarecimentos: “*E a conservação, no que gente tira, coloca numa coisinha esterilizada, e vai para o freezer ou para a geladeira?*” (*Puérpera A – Cc VI*). Explicamos que preferencialmente o freezer ou congelador, que deveria ser descongelado e amornado antes de oferecer ao bebê, então ela: “*E no microondas pode?*” (*Puérpera A – Cc VI*). Estimulamos a reflexão sobre a dificuldade em acertar o tempo certo de aquecimento no forno de microondas sem prejuízo aos componentes do leite. Solicitamos então que fosse realizado em banho-maria. Pareceram entender e concordar. Continuamos então explicando como retirar, congelar e a seguir a puérpera expressou seu alívio em, agora, saber o que fazer: “*Ah, isso é um alívio.*” (*Puérpera A – Cc VI*). “*O companheiro indagou ainda: Pode tirar hoje à tarde para dar amanhã?*” (*Companheiro A – Cc VI*). Afirmamos que sim, lembramos que podem iniciar antes do retorno ao trabalho e completamos com informações sobre o transporte.

Questionamos sobre o desejo de dialogar algo mais, a puérpera A expressou que apenas queria mais uma informação: “*Não, eu queria saber era do leite se tem o congelado, se pode colocar outro em cima.*” (*Puérpera A – Cc VI*). Esclarecemos que sim, mas que deveria pensar na dose que o bebê vai consumir para não descongelar tudo e ocorrer desperdício.

Encerramos o círculo com comentários sobre o comprometimento da estrutura física da instituição e com a preocupação de que seriam mudados de quarto nesta reorganização. Ouvimos inclusive comentários do casal participante de que achavam que seriam expulsos. Tentamos acalmá-los, sugerindo inclusive que se houve necessidade de mudar, solicitassem para ir para o quarto da outra participante, mas ao acompanhá-los até o quarto percebemos que os profissionais, necessitando resolver logo algumas situações, já haviam mudado os seus pertences de para outro quarto.

Este círculo foi realizado com poucos participantes, porém contamos com um casal que demonstrava grande interação, com uma

puérpera que, apesar de falar pouco, ficou atenta aos temas dialogados em todos os momentos, e com outra puérpera que, apesar das dificuldades recentes, optou por participar, e assim o fez até quando pôde. Nossa avaliação, durante o círculo, foi de que a puérpera B, por apresentar respostas curtas e praticamente só quando questionada, não desejava falar muito, passamos a respeitar isto, citávamo-la quando possível e não deixávamos de olhar para a mesma nos momentos de nossa fala.

Foi um grande aprendizado para nós ouvir a vivência da puérpera A e seu companheiro e buscar formas de trabalhar com algumas das afirmações que eles faziam com bastante propriedade.

Os problemas enfrentados pela instituição neste dia influenciaram na investigação temática e no seu desenvolvimento do círculo, mas não impediram a sua realização.

Nos Quadros 43 a 53, etapas de codificação e decodificação dos temas do círculo de cultura VI:

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Dúvida sobre qual filho deve ser amamentado primeiro Fazer o desmame na gestação Com as vacas o desmame precisa ser gradativo para ela não adoecer | Importância do leite posterior para o crescimento e desenvolvimento do bebê Possibilidade de continuar a amamentação na gestação na ausência de complicações |

Quadro 43 - Amamentar o bebê e o filho maior.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--------------------------------------|--|
| Presença de fissura bilateral Dor | Cuidados com ingurgitamento Influência da pega na fissura mamilar Correção da pega Recomendação sobre não utilização de tratamentos caseiros Hidratação e lubrificação do mamilo com leite posterior |

Quadro 44 – Prevenção e tratamento de fissura mamilar.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| A mama ficava cheia e o bebê não conseguia pegar Leite secou Conselho para não dar o leite da mama empedrada Tristeza/depressão na hora da mamada quando estava no trabalho | Inalteração da composição do leite na mama ingurgitada Condições oferecidas pelo local de trabalho |

Quadro 45 - Volta da mulher ao trabalho e/ou a escola.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Desconhecimento sobre os cuidados Massagem com gordura morna Chuveiro para aquecer Dor Mastite | Dificuldade em realizar a pega Massagem circular Ordenha manual |

Quadro 46 - Ingurgitamento mamário.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---------------------------------------|--|
| Conhecimento da pega também da aréola | Sinais e sintomas de uma pega adequada Prováveis conseqüências de uma pega inadequada |

Quadro 47 – Pega adequada da região mamilo-areolar.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|-----------------------|
| Conhecimento parcial sobre ordenha manual Desconhecimento sobre conservação e uso do leite ordenhado | Técnica de ordenha |

Quadro 48 - Ordenha de leite materno.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--|
| Conhecimento parcial sobre conservação e uso do leite materno | Cuidados com acondicionamento e armazenamento do leite materno Descongelamento, aquecimento do leite materno e oferecimento para o bebê |

Quadro 49 - Conservação e uso do leite materno.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|--|
| Preocupação com a gravidade do bebê Não iniciou a retirada de leite | Ordenha quando em condições como forma de auxiliar na recuperação do recém-nascido Propriedades do colostro Manutenção da lactação |

Quadro 50 - Bebê em cuidados intensivos.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|---|
| Desconhecimento sobre leite posterior Dúvida sobre leite fraco | Composição do leite materno Alteração da composição durante a mamada Necessidade do recém-nascido em realizar paradas na sucção |

Quadro 51 – Composição do leite materno.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|--|
| Preocupação em desmamar na volta ao trabalho | Gradativo Conseqüências da interrupção brusca |

Quadro 52 – Desmame.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--|
| Conhecimento/desconhecimento das posições e cuidados que promovem alívio Restrição alimentar | Manobras, posições e influência do leite posterior no auxílio do funcionamento intestinal do recém-nascido Fisiologia intestinal do recém-nascido |

Quadro 53 – Cólicas do bebê.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--|
| Necessário restringir vários alimentos Posse de uma lista familiar Uso de medicamento Sofrimento em restringir alimentos | Variedade dos conselhos sobre o que restringir Presença de cólica mesmo com restrição alimentar |

Quadro 54 – Alimentação da nutriz.

Círculo de cultura VII

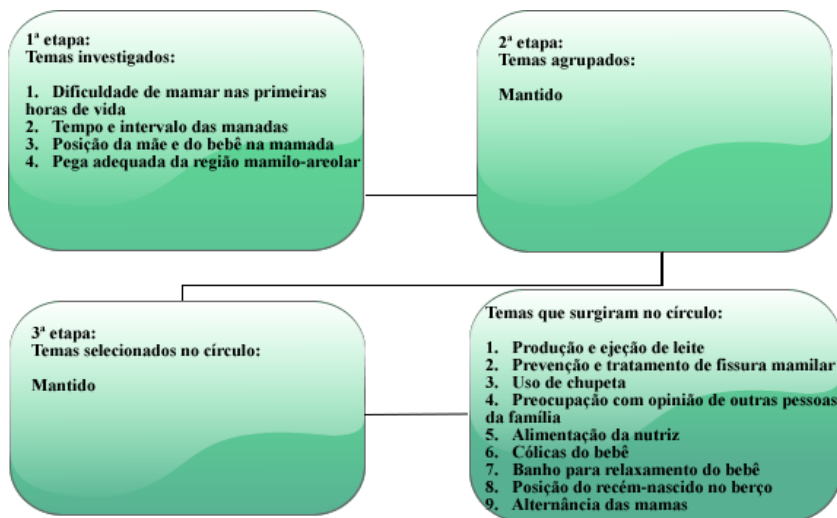


Figura 8 - Representação gráfica da etapa de investigação temática do círculo de cultura VII.

O sétimo círculo de cultura aconteceu em 01/09/09 e teve a duração de 1 hora e 15 minutos.

Participaram deste círculo 07 (sete) sujeitos, sendo 05 (cinco) puérperas e 02 (dois) acompanhantes, um companheiro e uma cunhada.

O espaço físico estava reduzido, pois como já falamos no círculo anterior, parte da maternidade encontrava-se interditada por problemas na estrutura do prédio e, neste dia, a sala de atendimento individual às mães e ordenha de Leite Humano foi adaptada em parte da sala de reuniões onde aconteciam os círculos.

O Alojamento Conjunto contava com 09 (nove) puérperas internadas, realizamos o convite a 08 (oito) delas, já que uma havia recém chegado após cesariana recente e ainda não havia saído do leito. Uma delas referiu dificuldade em comparecer por estar com fortes cólicas. Outra, com apenas 15 (quinze) anos e sem o apoio de um companheiro, segundo seu prontuário, apesar de demonstrar interesse, solicitou, por duas vezes, a companhia de sua mãe e esta, para nossa surpresa, desestimulou a participação, alegando que já havia ensinado tudo a sua filha. Outra puérpera, cujo bebê encontrava-se em fototerapia,

também apesar de demonstrar grande interesse em participar, estava na dependência de um acompanhante que pudesse ficar com o seu bebê no quarto, para não interromper o tratamento, por este motivo não conseguiu participar.

Salientamos que, conforme adaptações já descritas no início do capítulo, os convites, apresentação do termo de consentimento e a investigação temática foram realizados no mesmo dia e período do círculo.

Os participantes, ao chegar, iniciaram conversas informais sobre o tipo de parto e o trabalho de parto conforme a recente experiência de cada uma das mulheres. Apenas uma das participantes puérperas teve parto normal, sendo que as restantes tiveram parto cesariana. A participante que teve parto normal colocou que o seu parto foi rápido, que logo que chegou, deu à luz. Principalmente duas participantes, que tiveram parto cesariana colocaram que permaneceram várias horas em trabalho de parto, uma delas citou que passou pela condução do trabalho de parto sem sucesso.

Elogiamos as que tentaram parto normal, mesmo sem sucesso. A puérpera que relatou um trabalho de parto rápido disse que todas da família eram boas parideiras. A partir disto, colocamos o quanto é importante uma atitude positiva e um pensamento positivo em tudo que fazemos, o quanto isto pode influenciar no parto e também na amamentação, que quando acreditamos, as coisas tendem a dar certo.

Relacionamos este pensamento positivo com a amamentação, ressaltamos que é importante acreditar e sentir-se bem, esclarecemos que a produção do hormônio que libera o leite do peito pode ser interrompida quando a mulher está preocupada, incomodada ou nervosa com alguma coisa ou com alguém. Como forma de descontração, realizamos brincadeira sobre o “alguém” com participante acompanhante, companheiro de uma das puérperas, o que provocou risadas. Exemplificamos com algumas tarefas domésticas e destacamos a facilidade que nós mulheres temos para nos incomodar. Todas as participantes sinalizaram positivamente e o acompanhante do sexo masculino concordou de forma mais enfática.

Avaliamos que ainda não era propícia a apresentação dos temas e então questionamos sobre como estavam se sentindo em relação amamentação, solicitando se poderiam colocar sobre a experiência atual e também sobre anteriores.

Com o estabelecimento do diálogo, a puérpera com mais filhos, terceiro (uma gestação gemelar), não amamentou os outros, refere que

não participou (não houve) reunião no pós-parto, na cidade do Rio Grande do Sul onde morava: *“Eu estava muito preocupada achando que não tinha leite, e como não amamentei meus outros filhos...”* (Puérpera A – Cc VII). Estimulamos a reflexão da mesma sobre o que havíamos dialogado quando nos chamou, no quarto, por estar sentindo uma dor. *“Lembro, estava com cólica.”* (Puérpera A – Cc VII). Aproveitamos por ela recém ter amamentado para relacionar a cólica (contração uterina) com o reflexo da ocitocina durante a mamada e com isso reforçamos que não são todas as mulheres que sentem, mas aquelas que sentem podem ter certeza que tem leite. Neste momento, outra participante que partilhava da mesma dúvida colocou: *“Eu também estava muito preocupada achando que não tinha leite, então, se eu continuasse assim, eu poderia realmente não ter.”* (Puérpera B – Cc VII). Após nossa concordância: *“É, agora estou bem mais calma e já sei.”* (Puérpera B – Cc VII). *“Eu também.”* (Puérpera A – Cc VII). Percebemos alívio das puérperas ao chegar a esta conclusão.

O tema sobre tratamento de fissura e a preocupação com os conselhos surgiu através de outra puérpera participante: *“Sei que quando saímos daqui terão vários conselhos sobre coisas para colocar no peito, queria saber o que devemos colocar?”* (Puérpera C – Cc VII). Ao questionarmos sobre o conhecimento a respeito do assunto, a maioria demonstrou não ter conhecimento, porém, após a mesma participante colocar o que usava, outra se manifestou: *“Eu usava suco de cenoura, a cenoura batida no de liquidificador, colocava o suco no mamilo. Eu utilizei para prevenir, utilizei na gestação. E até agora não deu fissura, deve ter ajudado porque tem vitamina E.”* (Puérpera C – Cc VII). *“Eu utilizei a casca da banana, no meu outro filho.”* (Puérpera A – Cc VII). *“Me recomendaram utilizar um óleo, não lembro o nome, é bom usar ou não é bom?”* (Puérpera D – Cc VII). A sua acompanhante completou: *“Dersani.”* (Cunhada A – Cc VII). Dialogamos sobre as recomendações atuais do Ministério da Saúde contra-indicando o uso de tratamentos caseiros devido ao risco de contaminação com infecção subsequente e sobre a indicação de manter a área hidratada e lubrificada. Aproveitamos para inserir a necessidade de observar a pega do recém-nascido e falamos sobre a composição do leite humano durante a mamada, objetivando promover a reflexão de da indicação de aplicar o leite posterior na fissura mamilar.

Ao indagarmos sobre a boa pega, a puérpera manifestou-se novamente: *“Eu percebi que quando ela mama no bico dói, quando eu consegui fazer com que ele pegasse mais, coloquei mais dentro da boca dele, doeu bem menos e eu percebia que ele estava sugando.”*

(*Puérpera B – Cc VII*). Complementamos com a provável pequena saída de leite quando a pega não é adequada. “*É isso, ela chorava mais, queria mamar toda hora.*” (*Puérpera B – Cc VII*). Mostramos, então, figura da anatomia da mama e comentamos sobre os sinais de boa pega. Percebemos que neste momento duas puérperas, junto conosco, mostravam com os lábios a “boquinha de peixe”. Esta forma de manifestação nos levou a pensar que havia proximidade entre o tema e o interesse dos participantes.

A seguir apresentamos os temas levantados, nos quais estava incluído a pega adequada da região mamilo-areolar e a posição da mãe e do bebê durante a mamada. Perguntamos o que sabiam sobre como a posição do bebê poderia influenciar na mamada. Sinalizamos para duas puérperas que colocassem a sua experiência sobre o que já acompanhamos no quarto e o que sugerimos para melhorar a posição. “*Eu coloquei o bebê um pouco com pressa e ela estava com o braço na frente e um pouco virada para cima, então ela me sugeriu que colocasse o braço para trás e encostasse mais, ela virada para mim.*” (*Puérpera B – Cc VII*). “*No meu caso, é que eu estava um pouco insegura e passando insegurança para bebê, eu não estava pegando direito e bem firme, ficava distante.*” (*Puérpera A – Cc VII*). Chamou-nos a atenção que não havíamos citado a insegurança durante o contato e ajuda prestada a esta puérpera no quarto. Complementamos que esta insegurança sentida pela participante poderia influenciar diretamente na mamada, da mesma forma que é importante que a mulher esteja numa posição confortável, o bebê também necessita se sentir confortável e seguro. Nesta oportunidade reforçamos dicas sobre o posicionamento do bebê e sua relação com a pega da região mamilo-areolar.

Em seguida uma puérpera questionou: “*E a chupeta atrapalha amamentação? Eu pergunto isso porque algumas pessoas, como a avó, vão querer que eu dê bico. Acham bonitinho!*” (*Puérpera C – Cc VII*). Ao opinarmos que na maioria das vezes atrapalhava, ela completou: “*Então eu posso não dar, é possível?*” (*Puérpera C – Cc VII*).

Concordamos e falamos sobre a importância de todos conhecerem o seu bebê, da necessidade de sucção, que pode ser diferente, alertamos que se optarem por dar a chupeta, seria interessante fazê-lo mais tarde, com um mês de vida ou com mais, sendo então, menos provável que o bebê deixasse de mamar no peito. Outra participante vivenciava situação semelhante com sua mãe vinda de outra cidade: “*Com a minha mãe também, eu não quero magoar, ela me ajuda tanto, veio para cá, só para me ajudar. Então eu fico sem saber o que fazer.*” (*Puérpera A –*

Cc VII). Sugerimos que negociassem com as mães e outros familiares, dizendo que preferiam não dar agora para ele se adaptar à amamentação, para o leite descer mais, e quando descer, para pegar mais o peito e esvaziar melhor. Afirmamos que assim não os magoariam. Neste instante mostrado figura sobre a pega na mamadeira e no peito. Pedimos que pensassem também sobre a falta de higiene com o uso de bico.

Estimulamos a reflexão sobre o porquê de os bebês quererem mamar: “*Porque tem fome.*” (Puérpera B – Cc VII). “*Porque viciam?*” (Puérpera E – Cc VII). Após concordar, relembramos o reflexo de sucção e relacionamos a amamentação com prazer e tranqüilidade.

Sobre a dificuldade de mamar nas primeiras horas, expusemos ao grupo o que foi relatado pelo casal participante quando passamos no quarto, de que o bebê dormia muito e mamava somente dois minutos. “*Muito sonolento, ainda é um pouco, só que agora está pegando melhor.*” (Puérpera E; companheiro A - Cc VII). Esclarecemos que os bebês nas primeiras 24h dormem bastante.

Outra participante interferiu: “*E os bebês devem mamar de 3/3 horas? É isso que a moça disse lá embaixo.*” (Puérpera D – Cc VII). Existia preocupação da puérpera com este tema, já durante a investigação temática, havíamos dialogado com ela e sua acompanhante sobre isto. Acreditamos que a colocação de mamar de 3/3h foi orientação da equipe e esta ainda estava insegura sobre a livre demanda. Reforçamos detalhadamente as orientações de uma boa mamada, das diferenças entre os recém-nascidos em relação aos intervalos e a adaptação a vida extra-uterina. Ressaltamos que muitas vezes a equipe de saúde orienta desta forma para ter certeza que os bebês estão mamando sem dificuldades. Nas palavras seguintes percebemos o resultado do nosso diálogo: “*É o que nós te perguntamos no quarto, eu e minha acompanhante, estávamos preocupadas se havia horário para amamentar, agora estou mais tranqüila.*” (Puérpera D – Cc VII). Estimulamos o grupo a refletir sobre o tempo de mamada, como a maioria demonstrou não ter noção, relembramos os sinais de uma boa mamada e que cada bebê define o seu tempo.

Diante da pergunta da puérpera C sobre alimentação da nutriz, solicitamos a opinião dos participantes devolvendo a pergunta ao grupo: “*E sobre comida, o que a gente deve comer? Já me falaram um monte de coisas, me cortaram um monte de coisas, me disseram que não pode laranja e que abacaxi nem pensar.*” (Puérpera C – Cc VII). Percebemos que na manifestação geral havia certa discordância em relação ao que outras pessoas já haviam falado, então, de forma descontraída, comentamos que assim, em breve, estariam amamentando desnutridas.

Rindo, a puérpera concordou. Colocamos sobre a comprovação da agitação dos bebês com alimentação que contém cafeína, como o chocolate, o refrigerante tipo cola e o café. Refletimos sobre os outros vários alimentos que normalmente as pessoas não recomendam, e que tais recomendações normalmente envolvem alimentos gordurosos, condimentados e frutas ácidas, falamos sobre a necessidade de ingestão de vitaminas, que normalmente as frutas são a fonte, sugerimos moderação na alimentação e a manutenção de uma alimentação um saudável. Houve concordância geral e continuou o diálogo com nossa e outras participações: “*É verdade, como deve ser sempre para todo mundo.*” (Puérpera B – Cc VII). “*E as coisas que dizem que aumentam o leite? Chá de funcho, cerveja preta?*” (Puérpera A – Cc VII). “*O funcho é folhinha, e a erva-doce é a semente.*” (Puérpera B – Cc VII). “*É.*” (Puérpera A – Cc VII). Ao perguntarmos o que pensavam, ou já ouviram sobre isto, demonstraram que não tinham opinião formada. Dissemos que alguns chás realmente podem aumentar o leite, e que se a mulher acredita, outras substâncias também podem influenciar neste processo. Relembramos a produção de leite é regulada pela liberação de hormônio devido ao estímulo da mamada, mas o que o pensamento positivo, com certeza, também ajuda. Salientamos que a cerveja preta, indicado por algumas pessoas, contém álcool, então uma das participantes colocou: “*Eu até não gosto de beber, mas a minha avó, lá do Sul, faz em casa.*” (Puérpera A – Cc VII). Indagamos se mesmo com a fabricação caseira não continha álcool e após sua resposta continuou o diálogo. “*Acho que não, é bem diferente da que a gente compra.*” (Puérpera A – Cc VII). “*Tomar bastante água também.*” (Puérpera D – Cc VII). “*É.*” (Puérpera B – Cc VII). “*Isso é novidade, eu não sabia.*” (Puérpera C – Cc VII). Após a nossa explicação sobre a necessidade de reposição hídrica da nutriz e os cuidados com a demasiada ingesta de leite, com admiração a puérpera C comentou: “*Meu Deus, quanta coisa a gente aprende!*” (Puérpera C – Cc VII)

E outro questionamento surgiu: “*Para ele então não pode o leite porque é industrializado, é misturado, não é?*” (Puérpera D – Cc VII). Esclarecemos que o leite industrializado, em pó, é o mesmo leite de vaca, porém sem água. Percebemos então algumas dúvidas quanto ao conhecimento de que todos os leites industrializados eram, em sua maioria, leites de vaca. Salientamos que mesmo leite em pó tem a proteína do mesmo tamanho. Neste momento, uma das acompanhantes, confirmando ser da área da saúde, ajudou a esclarecer a sua cunhada. Aproveitamos a sua participação para tentar melhorar o diálogo, já que

sua participação foi tímida até este instante, perguntado se conhecia, se havia estudado algo sobre a fisiologia da cólica do recém-nascido: “*Não, não sei.*” (Cunhada A – Cc VII).

Falamos então sobre o amadurecimento intestinal do recém-nascido, da dificuldade em realizar os movimentos peristálticos. Em seguida a puérpera C participou novamente expressando, com uma pergunta, a sua conclusão e tendo a concordância da puérpera D. Chamou-nos a atenção o fato de que a puérpera D não tinha experiência anterior por ser primípara. “*Então mesmo cuidando da alimentação o bebê pode ter cólica?*” (Puérpera C – Cc VII). “*É verdade, muitas vezes você não come nada do que dizem, e o bebê tem cólica.*” (Puérpera D – Cc VII).

Com o auxílio de um boneco, utilizamos este momento para realizar massagem abdominal no sentido horário bem como exercícios com os membros inferiores. Em seguida, a mesma puérpera perguntou: “*O que você acha daquele banho no balde? Eu vi uma reportagem, estava pensando em fazer.*” (Puérpera D – Cc VII). Colocamos nossa opinião em relação a proporcionar tranquilidade e aconchego por imitar como o bebê estava no útero, porém levantamos a dificuldade de lavar a região da fralda. Então ela completou: “*Mas na reportagem que vi, eles recomendaram que fosse feito só para o bebê relaxar antes de dormir, no final do dia.*” (Puérpera D – Cc VII). Concordamos sobre a utilidade de algumas ações de relaxamento, lembramos a existência de massagens, como a mostrada recentemente em uma novela. Com a afirmação da maioria das puérperas de que viram a cena, percebemos a importância utilizar, no diálogo, coisas familiares aos participantes.

A seguir houve a indagação: “*E sobre a posição do bebê deitar? Eu ouvi alguma coisa que agora é colocar um pouco elevado.*” (Puérpera C – Cc VII). Ao concordar, colocamos a facilidade que o bebê tem em regurgitar. “*Eu vi uma propaganda que agora deve ficar de barriga para cima.*” (Puérpera D – Cc VII). Falamos das pesquisas que tínhamos conhecimento, do Rio Grande do Sul, do Paraná e dos EUA sobre a morte súbita, os bebês que são encontrados em óbito sem uma causa definida. Com uma palavra, uma das puérperas demonstrou ser difícil pensar nisto: “*Ai.*” (Puérpera C – Cc VII). Continuamos colocando este como o motivo para tal recomendação, já que nas pesquisas diminuíu o índice destes casos, ressaltamos que é algo novo e por isto, existem profissionais divididos a esse respeito e também muitas mães e pais que por experiências anteriores preferem a posição lateral. “*E o arrotar?*” (Puérpera B – Cc VII). Afirmamos que, independente da posição que o recém-nascido seja colocado no berço, pensávamos ser

bom elevar antes, para facilitar a saída do ar. Ao mostrar a posição, citamos uma das puérperas que estava fazendo no quarto, ela sinalizou que lembrava. “*Sim.*” (Puérpera E – Cc VII).

O acompanhante companheiro indagou: “*E a alternância das mamas, deve ser feita na mesma mamada ou em manadas seguidas?*” (Companheiro A - Cc VII). Perguntamos o que tinha ouvido sobre isso e/ou onde obtiveram esta informação: “*Nós lemos e procuramos na Internet.*” (Companheiro A - Cc VII). Instigamos a reflexão do casal sobre o que falamos no início do círculo de cultura, que o leite do final da mamada era indicado para o tratamento da fissura, por ser o leite mais gordo. Perguntamos então o que aconteceria se alternasse a mama na mesma mamada. Todos responderam: “*O bebê não vai pegar o leite gordo.*” (Puérpera E – Cc VII). Além disso, destacamos que além de engordar o recém-nascido, a gordura do leite ajuda também a eliminar os gases e as fezes. “*Nossa, que interessante, isso não sabia, quanta coisa a gente aprende.*” (Puérpera C – Cc VII). “*É mesmo.*” (Puérpera B – Cc VII).

Quando percebemos diminuição no ritmo do diálogo e apesar de abranger os temas investigados abrimos a possibilidade de discutir outros temas. Aos poucos os participantes nos deram um retorno do círculo de cultura com comentários gerais: “*Eu esclareci minhas dúvidas.*” (Puérpera C – Cc VII). “*Está bom.*” (Puérpera B – Cc VII). “*Acho que é isso, falamos do que eu queria saber.*” (Puérpera A – Cc VII). “*Foi bem importante, esclareci o que queria.*” (Puérpera D – Cc VII).

Colocamo-nos à disposição para outros questionamentos. Após o término, o casal participante perguntou separadamente se era melhor trocar a fralda do bebê antes ou depois da mamada. Explicamos não haver uma regra e a importância de observar o comportamento do bebê relacionado à evacuação após a mamada e à regurgitação, para decidir o que seria melhor.

Neste círculo houve a participação de todos os presentes, porém com maior participação de três puérperas, uma delas havia demonstrado timidez na etapa de investigação temática quando falamos do estudo e que gravaríamos a reunião. Procuramos informá-la de que ela só falaria se tivesse vontade, falaria se quisesse. Perguntou se haveria perguntas, esclarecemos que poderia haver, mas não seriam perguntas sobre o conhecimento dela e sim sobre o que ela achava, o que ela pensava, sobre a sua experiência.

Neste círculo percebemos os participantes interessados no tema

geral e nos específicos investigados, e além destes inserindo vários outros na discussão. Tivemos alguns cuidados para promover a participação como utilizar palavras simples, de fácil entendimento, de utilizar exemplos familiares, utilizar a demonstração e figuras do álbum seriado somente quando surgia o tema e não seguindo uma seqüência pré-determinada, falar ao mesmo nível, como já citamos anteriormente, olhar nos olhos dos participantes, tentar envolver todos na discussão, utilizar os exemplos e depoimentos deles para desenvolver o tema, usar a escuta sensível, mesmo que difícil em alguns momentos, já que às vezes havia participações paralelas (ao mesmo tempo), utilizar palavras que indicassem sugestões, sendo este ponto um exercício constante por perceber que está arraigada a forma tradicional de transmitir a informação e de que nós, além de sabermos o certo, sabemos sempre o que dizer para eles que desconhecem o assunto.

Iniciamos com 04 (quatro) temas e no círculo de cultura surgiram 09 (nove). Não realizamos uma apresentação formal dos temas, mas várias vezes inserimos o que observamos e vivenciamos nas visitas aos quartos durante a primeira etapa.

Todas as puérperas aparentavam desejo de amamentar. Acreditamos que a ajuda prática, efetuada para duas puérperas no quarto, favoreceu o contato no momento do círculo e desenvolveu confiança. Da mesma forma, o conhecimento de algumas situações, envolvimento familiar e atitudes observadas no quarto, e o esclarecimento prévio de dúvidas também facilitaram a comunicação no momento do círculo.

Houve alguns momentos de diálogo entre os participantes, sem a nossa intermediação, onde trocaram palavras, olhares e gestos, momentos de risadas e brincadeiras que demonstraram um clima de descontração.

A participante cuja situação conjugal era sem companheiro, de acordo com o seu prontuário, parecia bastante segura e feliz na empreitada de ser mãe e de amamentar, ao contrário do que muitas vezes se espera.

O casal, um pouco mais retraído, mas muito inteirado, apresentava discreto sotaque castelhano, o que não pareceu ter atrapalhado o interesse e o entendimento.

Para maior clareza do processo, apresentamos a seguir as etapas de codificação e decodificação referente ao círculo de cultura VII nos Quadros de 54 a 66:

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--|
| Bebê sonolento Não pegando o peito Apresentando mamadas rápidas | Adaptação após o nascimento Sonolência mais intensa nas primeiras 24h |

Quadro 55 - Dificuldade de mamar nas primeiras horas de vida.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Desconhecimento Dúvida sobre a mamada de 3/3h Orientação profissional para amamentar de 3/3h | Tempo de mamada variável Importância da avaliação da mamada Adaptação da mãe e recém-nascido nos primeiros dias Sonolência do bebê |

Quadro 56 - Tempo e intervalo das mamadas.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|--|
| Conhecimento parcial e recente sobre o posicionamento adequado | Posições que podem influenciar na pega adequada Necessidade de conforto para a mãe e para ao bebê |

Quadro 57 - Posição da mãe e do bebê na manada.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--|
| Relação da pega com a dor Percepção de que o RN não estava pegando somente no mamilo | Sinais e sintomas de uma pega adequada Prováveis conseqüências de uma pega inadequada |

Quadro 58 – Pega adequada da região mamilo-areolar.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Não amamentação de outros filhos Desconhecimento dos sinais de saída do leite | Produção hormonal Sinais de ejeção de leite Bloqueio da ocitocina |

Quadro 59 - Produção e ejeção do leite.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|---|
| Dúvida sobre tratamentos caseiros Dúvida sobre uso de ácido graxo essencial Pega adequada | Recomendação sobre não utilização de tratamentos caseiros Influência da pega na fissura mamilar Hidratação e lubrificação do mamilo com leite posterior |

Quadro 60 – Prevenção e tratamento de fissura mamilar.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|---|
| Dúvida/desconhecimento interferência na amamentação | Diferenças de sucção na mama e na chupeta Confusão de bicos Necessidade de sucção do recém-nascido Higiene |

Quadro 61 - Uso de chupeta.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|----------------------------|
| Preocupação em não magoar os familiares Reconhecimento da ajuda familiar | Argumentos para negociação |

Quadro 62 – Preocupação com opinião de outras pessoas da família.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|---|
| Conselhos Supressão de alguns alimentos Dúvida em relação aos chás, cerveja preta e alimentos que promovem aumento da produção de leite | Alimentos que tem comprovação científica de reações no recém-nascido Variedade dos conselhos Importância da alimentação saudável para a nutriz Cuidados com a ingestão de álcool |

Quadro 63 – Alimentação da nutriz.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--|
| Desconhecimento da fisiologia intestinal do bebê Dúvidas quanto à interferência da alimentação na cólica do bebê | Fisiologia intestinal do recém-nascido Manobras e influência do leite posterior no auxílio do funcionamento intestinal do recém-nascido |

Quadro 64 – Cólicas do bebê.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|--|
| Dúvida sobre nova técnica de banho no balde Conhecimento sobre o uso da nova técnica para relaxamento do RN | Promoção de relaxamento com a nova técnica Dificuldade de higienização da região genital e perianal |

Quadro 65 – Banho para relaxamento do bebê.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Manter tórax elevado Em decúbito dorsal | Importância pela facilidade de regurgitação Imaturidade dos movimentos para fechamento da cárdia Diminuição dos índices de morte súbita |

Quadro 66 – Posição do recém-nascido no berço.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|--|
| Dúvida sobre alternância das mamas na mesma mamada | Importância do leite posterior para o desenvolvimento do recém-nascido |

Quadro 67 – Alternância das mamas.

Círculo de cultura VIII

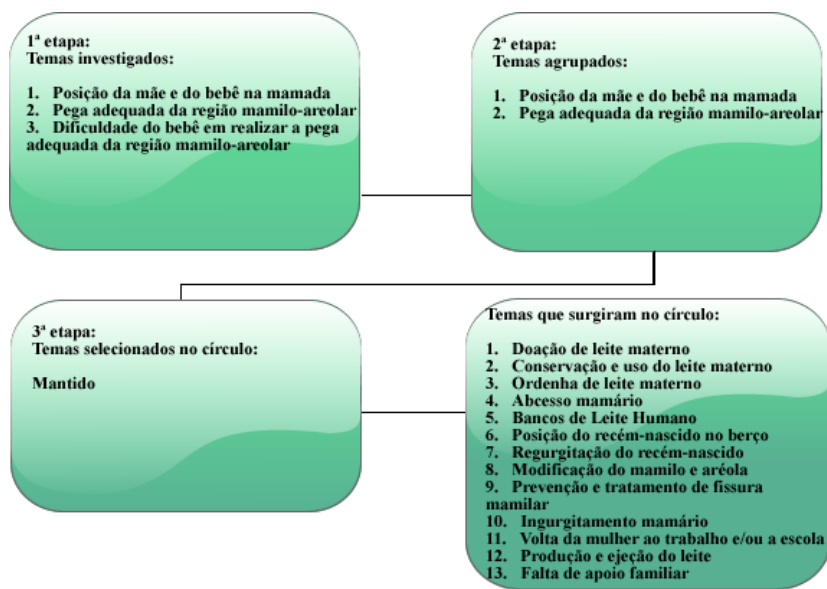


Figura 9 - Representação gráfica da etapa de investigação temática do círculo de cultura VIII.

O oitavo e último círculo de cultura deste estudo ocorreu no dia 03/09/09 e teve duração de 1 hora.

Neste dia, havia 08 (oito) puérperas no Alojamento Conjunto, 06 (seis) foram convidadas e aceitaram participar e, destas, apenas 01 (uma) não participou alegando cansaço, mas pediu sua mãe participasse. Os participantes foram, então, 05 (cinco) puérperas e 02 (dois) acompanhantes, totalizando 07 (sete).

O diálogo espontâneo fez parte do momento inicial durante a chegada dos participantes. Uma das puérperas logo relatou sua experiência com o aleitamento materno no primeiro filho quando teve bastante leite:

“Eu doeï dois ou três vidros destes aí no tempo que estava aqui. Eu fiz cesárea, aí fui para casa, eles pegaram o meu endereço, eu fervia os vidrinhos e colocava de cabeça para baixo e eu enchia, às vezes dava a metade, às vezes dava cheio, elas iam lá em casa e pegavam. Achei bem

interessante, eu tentei fazer isso no segundo e não deu.” (Puérpera A – Cc VIII).

Explicamos aos outros participantes que é possível ordenhar a mama para doar ou deixar para o bebê. Falamos sobre os cuidados com o tipo e higienização do frasco e da conservação. Uma indagação surgiu: *“E quanto tempo pode ficar?” (Puérpera B – Cc VIII).* Falamos da validade do leite cru e do pasteurizado sob congelamento. Interessada, continuou: *“Mas quinze dias congelado? E depois, desgela em banho-maria? Pode descongelar tudo? (Puérpera B – Cc VIII).* Esclarecemos que o ideal seria fazer porções de acordo com o consumo do bebê, pois é como outros alimentos, não devem ser congelados novamente. Enquanto falávamos, ela concordava.

Percebemos que a puérpera A conversava paralelamente sobre a ordenha do leite: *“O interessante é a maneira de tirar o leite do peito, eu não utilizava aquela bombinha que a gente usa.” (Puérpera A – Cc VIII).* Questionamos se os outros participantes tinham esta experiência, eles negaram. Solicitamos então que a puérpera A mostrasse para o grupo como fazia, com o auxílio da mama cobaia ela realizou a demonstração. Reforçamos a explicação da puérpera e sugerimos o uso dos dedos polegar e indicador ao invés do indicador e médio para adquirir mais força e melhorar a saída do leite.

Neste instante, chegou à porta da sala uma puérpera que procurava as profissionais do Banco de Leite Humano, esta veio para atendimento anteriormente acreditando ter queimado a mama com compressas quentes. Relatamos ao grupo que participamos do atendimento e percebemos que a mesma estava com uma grande lesão, provavelmente causada por um abscesso mamário rompido, então a encaminhamos ao atendimento médico. Esclarecemos que a referida puérpera estava com a mama cheia e que seguiu a orientação de um profissional médico para amamentar quatro vezes em um peito e depois quatro vezes no outro, usou bastante compressa quente indicada por uma vizinha, piorando a situação do ingurgitamento. Ela teve o seu bebê na instituição de estudo e relatou não saber que poderia voltar para atendimento no Banco de Leite caso necessitasse. Uma das puérperas perguntou: *“É porque é no máximo trinta minutos, não é?” (Puérpera B – Cc VIII).* Declaramos que no caso relatado provavelmente não foi o tempo de mamada que fez a diferença, mas o intervalo. Com a indagação seguinte percebemos que a puérpera B tinha dúvidas a este respeito: *“É a quantidade de vezes, mas assim, dá trinta minutos nesse,*

passa para esse eu continua, não é assim? (Puérpera B – Cc VIII). Explicamos que mudou esta recomendação nos últimos anos, sendo que hoje se acredita que melhor dar em um só, ou pelo menos dar em um até o bebê ficar satisfeito, trocando na próxima mamada. Reforçamos que, caso necessário, procurem os Bancos de Leite das maternidades, citamos que no caso desta maternidade, o setor está improvisado, mas o atendimento continua.

Mostrando estar atualizada, uma participante comentou: *“Eu ouvi um comentário que passou na televisão, eu sou bem interessada nessas coisas, falou que no Brasil as pessoas estão doando leite, mas ainda têm um nível baixo para suprir as necessidades dos bebês, das maternidades.” (Mãe A - Cc VIII).* Confirmamos ser verdadeira a informação, inclusive nesta instituição, mas relatamos que apesar deste nível baixo o Brasil ganha de muitos países, devido à formação e atuação da Rede de Bancos de Leite Humano, servindo de referência para outros países.

Uma das puérperas solicitou outra informação: *“Ele está mamando bastante, só que quando ele arrotta, mais quando ele está deitado, sai um pouco, não chega a ser aquele coalhadinho, é uma gosminha amarelinha, bem fraquinha. é normal assim? (Puérpera C – Cc VIII).* Esclarecemos que provavelmente é o próprio leite. *“A minha mãe falou: Será que não é porque você está dando mama demais. Acho que não, não é? Acho que se ele mama é porque ele quer mamar.” (Puérpera C – Cc VIII).* Falamos da abertura da cárdia, presente nos bebês, ela interrompeu dizendo: *“Mas tem que ficar de olho, porque ele pode se afogar, não é?” (Puérpera C – Cc VIII).* Concordamos mas esclarecemos que a quantidade normalmente é pequena e indagamos em que posição pensava em colocar o bebê no berço: *“Eu tenho aqueles dois rolinhos de fibra para colocar o bebê deitado de lado, mas no começo eu não vou colocar ele no berço, eu vou deixar no bebê conforto que é do carrinho.” (Puérpera C – Cc VIII).* Falamos da orientação atual, divulgada na televisão, de deixar em decúbito dorsal e com o tórax um pouco elevado. *“O refluxo é devido a estar aberto?” (Puérpera D – Cc VIII).* Informamos que sim, mas que a tendência é de fechar naturalmente com o passar dos meses. *“É, porque a minha menina tem refluxo.” (Puérpera D – Cc VIII).*

Para concluir o tema, voltamos à explicação da ordenha manual. Quando falamos dos seios lactíferos, citamos o exemplo da puérpera que não participou, mas cuja mãe estava presente, quanto à pega que presenciámos durante a investigação temática. O exemplo e a descrição da ajuda prática realizada permitiu que introduzíssemos o tema da pega

adequada da região mamilo-areolar de uma forma bastante tranqüila e todos ficaram atentos a como reconhecer a má pega e corrigi-la. *“Por que é que o bico do peito muda? Fica mais forte, parece. (Mãe A - Cc VIII).* Falamos da estimulação, elasticidade e da hiperpigmentação característica da gestação, e que é possível que seja para que o bebê reconheça mais facilmente o seu alvo. *O meu era salmonzinho e agora é marronzinho.” (Puérpera C – Cc VIII).* *“Tem médico que fala que o bebê só vê vultos até certa idade.” (Puérpera B – Cc VIII).* Contamos que existem estudos comprovando que no colo da mãe o bebê enxerga a sua face com nitidez. Questionamos se percebem que ele olha quando está mamando, todas as puérperas confirmaram e uma citou: *“Olha bem sério.” (Puérpera B – Cc VIII).* Continuamos explicando sobre a pega e os sinais de satisfação do bebê. Notamos que uma puérpera fazia expressão de dor, procuramos deixá-la à vontade para, se desejasse, ir para o quarto, porém optou em ficar. Outra puérpera logo comentou: *“Mas dói no começo quando pega, não é? Quando ele pega eu vejo estrela, depois passa.” (Puérpera C – Cc VIII).* Questionamos se na avaliação da puérpera ele não estaria realizando uma pega inadequada: *“Eu vejo que ele chega a fazer bolinhas quando ele suga o leite, dá para ver que ele suga, que não fica só ali com o bico na boca, no começo quando ele pega dá aquela dor e passa.” (Puérpera C – Cc VIII).* Perguntamos sobre a presença de fissura e hiperemia: *“Está mais vermelho que as outras partes, mas a minha amiga que é enfermeira olhou e ela disse que é está querendo rachar.” (Puérpera C – Cc VIII).* Mostramos a figura da boa pega no álbum seriado e falamos sobre os sinais de reconhecimento da mesma, sugerimos que, se necessário, solicitassem a ajuda para observar o lábio inferior do bebê. Mostramos como fazer na puérpera que estava amamentando no círculo.

Dando exemplo de duas puérperas cujos bebês estavam demorando a realizar a pega, uma delas presente, aproveitamos para discorrer sobre a possível relação desta situação com a posição da mãe e do bebê no momento da mamada. Indagamos sobre a posição da mulher e a puérpera colocou sua vivência recente:

“Para mim o importante é estar bem, porque ontem eu não consegui pegar para dar de mamar de jeito nenhum, eu tentei levantar da cama, eu queria dar de mamar, fiquei nervosa, suava gelado, fiquei nervosa porque as enfermeiras pegaram e levaram ela para lá, deram um outro leite, porque eu fiquei nervosa, botava ela deitada para mamar e ela não queria deitada, ela queria sentada, hoje eu já fiquei contente porque consegui levantar.” (Puérpera E – Cc VIII).

Comentamos que ela talvez não estivesse se sentindo bem com a posição: *“Eu comecei a suar bem frio, fiquei bem agoniada.”* (Puérpera E – Cc VIII). Indagamos se a dificuldade foi devido ao parto cesariana: *“É, e elas tentavam de todo jeito, empurravam a cabecinha, encaixavam a cabecinha e não ia.”* (Puérpera E – Cc VIII). Reforçamos a importância do relato quanto ao sentir-se bem e ter prazer na amamentação. *“O meu é só na hora que pega mesmo que você sente que está machucadinho, rachadinho assim, aí é só naquela hora que pega, aí eu vejo estrela.”* (Puérpera C – Cc VIII). Citamos que em algumas situações o bebê não pega adequadamente na primeira mamada e fica sensível.

“Eu tenho uma menina de cinco anos, e com ela foi a mesma coisa, não chegou a sair sangue, mas ficou bem machucado, aí a minha sogra passava aquele batom de cacau que é hidratante, aí foi onde amenizou, mas foi difícil. Depois não, depois de dois, três meses já estava normal, foi só na fase de adaptação mesmo, quinze dias, vinte dias.” (Puérpera C – Cc VIII).

Aproveitando a citação da manteiga de cacau, falamos da possibilidade de passar o leite posterior, também com função lubrificante. A puérpera retornou: *“Eu passava, mas não adiantava, aí eu fui na farmácia e comprei, o cacau era o mais suave, o mais natural, porque como ele bota a boca, e na hora que ele ia mamar eu passava uma gaze para tirar o excesso.”* (Puérpera C – Cc VIII). *“A enfermeira me falou agora para espremer um pouquinho.”* (Puérpera D – Cc VIII). Concordamos e então continuaram: *“No bico não é?”* (Puérpera B – Cc VIII).

“A minha amiga me ensinou também, e a senhora pode responder se está certo ou não, eu comprei aquela concha e ela disse para mim que sempre que eu não estiver amamentando, deixar o máximo de tempo com aquela concha, porque o bico fica umedecido.” (Puérpera C – Cc VIII).

Comentamos que as conchas são úteis e neste caso ajudam também para não aumentar o trauma com a aderência do sutiã ou dos protetores de mamilo. *“Aí fica sempre úmida.”* (Puérpera C – Cc VIII). Completamos que, na ausência da concha, é importante umedecer quando está aderido. *“Antes de eu ganhar, quando lembrava, às vezes tem dias que a gente esquece, eu colocava ela, daí tirava de manhã chegava até grudar em volta porque fica colada, aí ficava umedecido, eu fiz isso antes.”* (Puérpera C – Cc VIII). Retomamos a explicação da

posição da mãe amamentar fazendo algumas sugestões. A mãe da puérpera ausente citou o caso da filha: *“Como naquela hora, ela chorava, ele chorava mais, deve ser porque ela estava amamentando, mas estava tensa por causa da dor, da dor do peito e da dor da cesárea, ela estava fechada, deve ser isso.”* (Mãe B - Cc VIII). Falamos um pouco mais de como relaxar e melhorar a posição.

Um dos bebês estava chorando, tentamos acalmá-lo e posteriormente colocá-lo na mama e ao mesmo tempo mostrando a posição para os outros participantes. Como o bebê não acalmou e demoramos um pouco na tentativa, os demais participantes comentaram, entre si, sobre os tipos de parto. Para podermos continuar o círculo, diante da dificuldade em acalmar o bebê, optamos por fazê-lo sugar em nosso dedo enluvado. Os participantes demonstraram admiração com a sucção do bebê, esclarecemos que a dificuldade do mesmo estava, provavelmente, somente no abocanhar a região mamilo-areolar, por isso sugava tão bem em nosso dedo. Utilizamos o bebê em nosso colo para, mais uma vez, afirmar que no momento da sucção seria bom que estivesse próximo. *“E quando o peito está pesado, eu notei que quando eu estava com a mão debaixo dele estava certinho, quando eu tirava a mão, ele já...”* (Mãe B - Cc VIII). Declaramos que nestes casos ou alguém auxilia, como no relato, ou a própria mulher apóia com a sua mão. Solicitado a mãe da puérpera que demonstrasse como fez: *“Ela estava com ele assim e eu fui com a minha mão e levantei, daí ele pegou bem.”* (Mãe B - Cc VIII). Demonstramos o posicionamento da mão em forma de C. Mesmo sem relação com o assunto, a puérpera B, observando o seu bebê perguntou: *“Ô doutora? Por que eles passaram um negócio amarelo no olho dele?”* (Puérpera B – Cc VIII). Explicamos ser um colírio que combate a Conjuntivite em Gonocócica, realizado em todos os bebês após o nascimento, pareceu se satisfazer com a explicação, outra puérpera também a acalmou dizendo que o amarelo sairia no banho. Continuamos falando da posição do bebê e demonstrando com o bebê no colo. *“E no caso quando tem muito, é normal tirar com aquela bombinha quando chegar em casa, pode tirar normal?”* (Mãe B – Cc VIII). *“A bombinha machuca. Melhor é com a mão.”* (Puérpera E – Cc VIII). Explicamos que bastaria pressionar para promover a ejeção do leite, que o uso da bombinha poderia então piorar a situação do mamilo dolorido, que a puérpera B já estava apresentando, ela verbalizou medo e então perguntou: *“E quando já não sai, quando empedra, daí põe água morna?”* (Mãe B – Cc VIII). Pedimos que se lembrassem do caso que relatamos no início do círculo e tomassem

cuidado com o uso excessivo de calor local. Expressaram lembrança e entendimento. “*E no banho?*” (Mãe B – Cc VIII). Mesmo no banho pedimos cautela, detalhamos a massagem e a ordenha e frisamos que seria interessante mesmo com ingurgitamento utilizar a ordenha, mesmo que saísse pouco em cada tentativa. Comentamos também sobre a higienização da bomba manual. A puérpera B comentou: “*É que eu disse para ela, a filha dela está no mesmo quarto comigo, ela tem a mesma conchinha que eu, e com a concha vai saindo leite, não tem como empedrar.*” (Puérpera C – Cc VIII). “*No caso da minha filha, é porque ela vai estudar, e então já tem que colher de manhã, para deixar para tarde e até a noite ela voltar.*” (Mãe B - Cc VIII). Esclarecemos que poderia iniciar antes da volta às aulas, para ter uma reserva. Demonstrou compreender e questionou sobre o aproveitamento do leite da concha: “*E dá para aproveitar o leite da concha?*” (Mãe B - Cc VIII). Concordamos, porém alertamos para não deixar muito tempo o leite na concha, em contato com o calor do corpo, devido ao desenvolvimento de bactérias. “*Sim, assim que encher, colocar no vidro e já congelar.*” (Mãe B - Cc VIII).

Comentamos que o bebê em nosso colo continuava sugando, e que provavelmente, neste momento, sua necessidade de sucção era maior do que sua fome e ressaltamos também a importância disto na fase inicial da lactação. Discorremos um pouco sobre o reflexo da ocitocina, a influência dos complementos na quantidade de leite produzido e a possível diminuição do leite sob estresse da nutriz. Uma das puérperas identificou-se com nossa fala:

“*No amamentar o meu outro eu enfrentei bastante dificuldade com a minha família a esse respeito, a minha mãe ficava dizendo: essa criança grande mamando! Eu ficava com tanto medo de pegar a alergia, de ficar doente, pegar alguma coisa, eu sempre foi aquela que acha que o leite materno é a defesa da criança, eu enfrentei bastante dificuldade com a minha família a esse respeito, eles diziam: não fica bem amamentar, nossa essa criança grande cheia de dente! Dei até dois anos, eu dei mamar só por causa das enfermeiras, eu cheguei em casa e taquei no peito, e a da minha irmã não mamou pegou uma gripe agora que nossa, ela tira chinelo e já tem tosse, dor de garganta, e a minha não, fica descalço e não tem nada, só pode ser o leite.*” (Puérpera E – Cc VIII).

“*A minha mamou até um ano, ela tem cinco anos e não sabe o que é um xarope.*” (Puérpera C – Cc VIII). “*A minha também não.*” (Puérpera E – Cc VIII). Neste momento a puérpera E referiu ter que

voltar ao trabalho em 4 (quatro) meses e estar insegura de como ficará o aleitamento no seu retorno: “*E agora não sei como vou fazer porque tenho que trabalhar, e a minha mãe disse: deixa a menina comigo que eu vou colocar na mamadeira.*” (Puérpera E – Cc VIII). Lembramos ao grupo que no serviço público a licença passou para 6 (seis) meses. “*É, no meu são quatro, mas eu também peguei dois meses antes, por que não agüentava mais as minhas pernas, muita cãibra, eu parei no 7º (sétimo), agora não sei como é que vou fazer.*” (Puérpera E – Cc VIII). Indagamos à puérpera se sua mãe não daria o leite ordenhado: “*Eu não sei se minha mãe vai ter paciência.*” (Puérpera E – Cc VIII). Comentamos que não teria muita diferença e ela: “*Mas o negócio dela é ficar na panelinha.*” (Puérpera E – Cc VIII). Sugerimos que falasse para ela deixar isto para mais tarde. “*Eu até já perguntei: Ô mãe, será que eu mamei? Ela respondeu: Ah, nem lembro.*” (Puérpera E – Cc VIII). “*Eu vou voltar a trabalhar quando ele fizer cinco meses, aí a minha amiga que é enfermeira que vai ficar com ele, aí ela vai amamentar, eu vou deixar o leite até quando eu puder.*” (Puérpera D – Cc VIII).

“*Eu acho que vou à empresa pedir as contas, porque eles não colocam, é difícil, ainda mais quem trabalha direitinho, ou eu posso pegar perícia também, porque eu estou com problema de circulação na perna, a minha perna arrebentou vários vasinhos, o meu pé está até preto.*” (Puérpera E – Cc VIII).

Aconselhamos que então se afastasse do trabalho e procurasse tratamento. “*Eu não tenho firmeza, fico com medo de cair, os médicos falaram quando eu fui ganhar: como você está a bolsa estourada e com esse pé assim, magra desse jeito; eu disse: Ah doutor, nem ganhando neném a perna não engrossa.*” (Puérpera E – Cc VIII).

Como já havíamos dialogado sobre o tema investigados, perguntamos aos participantes o que mais desejavam abordar. Uma nos fez antecipadamente uma avaliação do círculo: “*Ah, eu fiquei contente, porque eu estava no quarto sem fazer nada e assim satisfiz a minha necessidade também, tirei as minhas dúvidas.*” (Mãe A – Cc VIII). “*Eu tenho as minhas amigas que suprem as minhas necessidades também.*” (Puérpera D – Cc VIII). Citou as amigas da área da enfermagem e comentou a ajuda de uma delas no momento do parto. Seguiram com conversas a respeito das experiências no parto, do comportamento equipe, do comportamento do acompanhante e da falta de algumas orientações nos filhos anteriores. Apresentamos a seguir alguns destes

relatos: “*Eu que estava com nove dedos e a médica queria que eu ganhasse lá na sala, na cama, dizia: mãe aqui é melhor.*” “*Aí eu fiquei lá até dez dedos naquela bola, eu queria furar aquela bola toda.*” “*A médica brigou comigo.*” “*O boca aberta do meu marido foi dizer para o bombeiro enfermeira que eu estava tendo um aborto, eu disse: Não enche o saco, me deixa sozinha que é melhor.*” “*Eu sei que fui descuidada, fui muito desorientada, não tomei remédio direito, se tivesse tido uma orientação melhor não teria ficado grávida, era para tomar seis meses e eu tomei mais, quando foi ver...*” “*Se tivessem me orientado, mas eu ia no postinho e pegava mais, e pegava mais...*” “*Me admiro planejamento familiar dar ainda, se é controlado.*” “*Eu tomo Materna, posso continuar?*” “*O médico mandou eu tomar até o bebê começar a comer outras coisas.*” “*Porque dá tanta dor nas costas, é da anestesia?*” “*Primeiro eu não estava no soro, depois chegou outro médico e colocou, depois outro colocou mais forte e estourou a bolsa, e queriam fazer eu ganhar acorada no chão, Deus que me perdoe, eu já não agüentava mais, uma dor em cima da outra.*” “*Ganhei na cama mesmo.*” “*Na hora é terrível, mas depois passa.*” “*Eu acho que sou muito pequena, a minha barriga, antes de eu ganhar, ela estava deste tamanho que está, as pessoas diziam: Você está passando fome para não engordar. Mas o meu corpo é assim, engordei 14 quilos.*” Fizemos comentários em relação aos cuidados com o uso de anticoncepcional oral no período de amamentação, uso composto vitamínico, da causa da dor lombar e das vantagens do parto no leito.

Entregamos o bebê para sua mãe que até este momento ainda permanecia em nosso colo.

Alguns comentários continuaram e foi visível a expressão de felicidade dos participantes.

Este círculo foi especial pela forma com que os participantes se colocaram, constantemente interessados, perguntando, opinando, contando suas vivências. Os participantes estavam extremamente integrados, queriam falar de suas dúvidas, mas também estavam preocupados em auxiliar uns aos outros com o que conheciam.

Poucos foram os momentos em que precisamos estimular a participação, muitas vezes ela ocorreu espontaneamente. Percebemos que valorizavam o nosso conhecimento, mas que em nenhum momento este ou outros pontos foram barreiras para suas expressões. Como nos círculos anteriores, apresentamos a seguir, nos Quadros de 67 a 81, os temas geradores do círculo de cultura VIII nas etapas de codificação e descodificação:

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|--|
| Conhecimento parcial sobre o posicionamento adequado durante a mamada Dificuldade quando não consegue levantar-se | Posições que podem influenciar na pega Necessidade de conforto para a mãe e para ao recém-nascido |

Quadro 68 – Posição da mãe e do bebê durante a manada.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|-----------------------------------|--|
| Certeza de que o bebê suga Dor | Sinais de reconhecimento da pega adequada da região mamilo-areolar |

Quadro 69 - Pega adequada da região mamilo-areolar.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|-----------------------------------|--|
| Doação de leite no filho anterior | Processamento do leite humano Coleta no domicílio |

Quadro 70 - Doação de leite materno.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--|
| Conhecimento/desconhecimento sobre conservação e uso do leite materno | Cuidados com acondicionamento e armazenamento do leite materno Descongelamento, aquecimento do leite materno e oferecimento para o bebê |

Quadro 71 - Conservação e uso do leite materno.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--|
| Conhecimento/experiência com ordenha manual Bombinha machuca Desconhecimento sobre ordenha manual | Técnica de ordenha manual Higienização das bombas manuais |

Quadro 72 - Ordenha de leite materno.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|--|
| Desconhecimento sobre o tempo de mamada Alternância das mamas após 30 minutos | Cuidados com ingurgitamento: massagem circular, ordenha manual, moderação na aplicação de calor Alternar a mama na próxima mamada |

Quadro 73 - Abcesso mamário.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Assistiu reportagem que falou do nível de doação no Brasil | Rede de bancos de Leite Humano Referência para outros países |

Quadro 74 – Bancos de Leite Humano.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Intenção de deixar em decúbito lateral | Campanha nacional Pesquisas que evidenciaram diminuição de morte súbita com a utilização de decúbito dorsal Elevação do tórax se em decúbito dorsal |

Quadro 75 - Posição do recém-nascido no berço.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--|
| Retorno de leite quando o bebê está deitado Dúvida sobre estar mamando demais Preocupação que possa se afogar | Relaxamento fisiológico da cárdia do recém-nascido |

Quadro 76 – Regurgitação do recém-nascido.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|---|
| Mudança no mamilo Mamilo mais forte (escuro) Mamilo marrom Dúvida sobre a visão nítida do bebê | Modificações da gestação Hiperpigmentação para facilitar a visualização do recém-nascido |

Quadro 77 - Modificação do mamilo e aréola.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Dor na pega Dúvida sobre pega adequada Experiência anterior positiva com uso de manteiga de cacau Orientação de utilizar o próprio leite Conselho para utilizar a concha | Influência da pega na fissura mamilar Hidratação e lubrificação do mamilo com leite posterior Utilização de concha para amamentação Opção por ordenha manual |

Quadro 78 – Prevenção e tratamento de fissura mamilar.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---------------------------|--|
| Dúvida sobre uso de calor | Cuidados com aplicação de calor Ordenha manual Massagem circular |

Quadro 79 - Ingurgitamento mamário.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|---|--------------------------------------|
| Preocupação Pouco tempo restante de licença maternidade Pegou licença maternidade na gestação por problema de saúde Dúvida em demitir-se | Afastamento para tratamento de saúde |

Quadro 80 - Volta da mulher ao trabalho e/ou a escola.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|--|
| Desconhecimento sobre produção e ejeção de leite | Regulação da produção pela mamada Influência dos complementos e do estresse Reflexo de ocitocina Importância do leite posterior para o desenvolvimento do recém-nascido |

Quadro 81 – Produção e ejeção do leite.

| CODIFICAÇÃO | DESCODIFICAÇÃO |
|--|---|
| Experiência de falta de apoio em filhos anteriores Familiar que se manifesta contra amamentar a criança grande e que pretende oferecer mamadeira quando sob seus cuidados | Argumentos para negociação Licença maternidade |

Quadro 82 – Falta de apoio familiar.

5.1.4 Possibilidades e limitações da implementação do referencial teórico-metodológico

A realização deste estudo nos permitiu refletir sobre as possibilidades e limitações da realização de círculos de cultura no ambiente hospitalar, especificamente no alojamento conjunto.

Houve constante necessidade de adaptar as etapas do itinerário à realidade de mulheres em pós-parto imediato, ao tempo disponível para realização do círculo de cultura, ao período de internação de no máximo 72 horas, às trocas de acompanhantes e à própria pesquisa.

As puérperas no primeiro dia após o parto dificilmente conseguiram participar do círculo, o que já prevíamos e muitas das outras, mesmo após o aceite e a participação na etapa de investigação temática, apresentaram complicações que impossibilitaram a participação no círculo e sendo assim, foram excluídas.

Na investigação temática, o tempo de internação foi um fator limitante fazendo com que esta fosse realizada, na maioria das vezes, separadamente com cada puérpera e seu acompanhante quando presente. Assim, impossibilitou a realização das etapas do itinerário em dias diferentes, ficando reduzido o tempo entre a investigação temática, a codificação e a decodificação. Também a decisão conjunta de escolha anterior dos temas para o diálogo precisou ser realizada durante o círculo. Este tempo de internação e fatores ligados a rotina hospitalar e a condição de puerpério que as mulheres vivenciavam, inviabilizou a realização de vários círculos com cada grupo de participantes, sendo um único círculo com cada grupo.

Diante do contexto, vislumbrando possibilidades temáticas, precisamos dispor de materiais ilustrativos sobre vários aspectos do aleitamento materno, já que não houve tempo hábil para preparo prévio a realização de cada círculo.

Os temas não foram amplos conforme prevê o método libertador, porém seguiram a proposta do tema geral que foi o aleitamento materno e foram comuns ao grupo e principalmente impregnados de emoção por se relacionarem à situação vivenciada naquele período. No círculo, em algumas vezes, o diálogo iniciou anteriormente à apresentação dos temas investigados, confirmando que as etapas do itinerário podem ocorrer simultaneamente.

Foi extremamente positiva a aproximação do mediador com os sujeitos na investigação temática, facilitando a integração e assim o processo de comunicação durante os círculos de cultura. Observamos que flexibilidade do método possibilitou a participação efetiva dos sujeitos no círculo, pois de forma descontraída relataram vivências, expressaram opiniões, expuseram dúvidas e conflitos.

Confrontando com o pensamento atual de que todas as mulheres precisam ser orientadas quanto ao aleitamento materno, com a metodologia libertadora o número de participantes dos círculos foi reduzido quando comparado às reuniões de rotina da instituição, porém foi visível o grande interesse dos que participaram em dialogar sobre o tema em contraposição à postura passiva observada nas reuniões com metodologia predominantemente tradicional.

Pensamos que uma das limitações para aplicação deste método foi, por ser um único encontro, a dificuldade em aprofundar os temas e assim chegar ao desvelamento crítico. Mesmo assim, houve sinais de mudança de pensamento dos participantes como:

Expressões verbais de:

- Reconhecimento de que pode haver cólica mesmo suprimindo alguns alimentos da alimentação da nutriz, da falsa impressão de leite fraco, da importância do desmame gradativo, de que com a pega inadequada o mamilo dói, de alguns sinais de ejeção de leite, das consequências de uma pega inadequada, da boa sucção do bebê, de que a posição auxiliou na pega, da importância da alimentação saudável, de boa adaptação da filha aos alimentos, de que a mama cheia dificulta a pega, de que o bebê olha para o rosto da mãe, da importância da alimentação saudável, de que pode haver cólica suprimindo alguns alimentos, de que com a pega inadequada o RN chorava mais e solicitava o peito mais frequentemente e, de que, apesar da dificuldade, o bebê realiza a pega e sai leite;
- Conhecimento sobre leite posterior, sobre melhor adaptação do bebê aos alimentos que a mãe ingeriu e sobre a pega da

- região mamilo-areolar;
- Influência do complemento nas mamadas;
 - Algumas campanhas de aleitamento materno não são claras;
 - Adaptação do bebê à alimentação da mãe Reconhecimento da importância da alimentação saudável;
 - Admiração;
 - Mais segurança;
 - Intenção de perceber as reações do bebê;
 - Farinha de mandioca é utilizada no caldo oferecido às mulheres no puerpério;
 - Amamentar primeiro o filho maior;
 - Era possível não haver problema em dar o leite da mama ingurgitada por estar guardado;
 - Alívio por saber como fazer quando voltar ao trabalho;
 - Certeza do alívio com as manobras de flexão e extensão dos membros inferiores do bebê;
 - Entendimento da importância de retirar enquanto ainda é colostro para que o bebê possa utilizar mais tarde ao iniciar a alimentação;
 - Tranquilidade;
 - Influência da insegurança na posição com que a mãe segura o bebê;
 - Maior segurança para realizar o que já pretendia;
 - Não alternância das mamas na mesma mamada;
 - Preocupação colaborando para diminuição do leite;
 - Esclarecimento;
 - Segurança para decidir.

Demonstrações sobre:

- Posição para segurar o bebê com cólica;
- Maior tranquilidade para decidir;

Expressões não verbais:

- Tranquilidade;
- Tranquilidade por ser entendida;
- Relação do trauma mamilar com a dor;
- Entendimento;
- Admiração.

Mesmo diante das limitações apontadas foi possível aplicar o método adaptando-o à realidade da instituição e dos sujeitos participantes e observar que o produto de cada círculo confirmou a importância da realização de círculos de cultura nas unidades de alojamento conjunto.

6 POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES PARA A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO IDENTIFICADAS POR PUÉRPERAS E ACOMPANHANTES EM CÍRCULO DE CULTURA

Neste capítulo apresentamos os temas desvelados a partir das possibilidades e limitações para a prática do aleitamento materno identificadas pelos sujeitos participantes deste estudo durante os 08 (oito) círculos de cultura realizados e já descritos no capítulo anterior.

6.1 O CONHECIMENTO COMO BASE PARA A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO

Em várias ocasiões dos círculos de cultura o conhecimento existente, adquirido ou reconstruído no momento do círculo, foi identificado como possibilidade para a prática do aleitamento materno.

O conhecimento sobre as vantagens do aleitamento materno para a mulher apresentou-se no diálogo de alguns círculos como podemos ver nos seguintes relatos: “*Emagrece também.*” (Puérpera C – Cc I). “*Para mim é mais prático.*” (Puérpera E – Cc V). “*Coisa boa, tu podes passear e a comida leva junto, não tem coisa melhor.*” (Cunhada A – Cc IV). “*Se tu tirar o peito tem que levar mamadeira, leite.*” (Amiga A – Cc IV).

A vantagem de estar pronto é descrita por King (2004) como uma conveniência, estando o leite materno sempre pronto para oferecer a criança, não necessitando de preparo, este pensamento é defendido também por Brasil (1997, p. 15) quando inclui na lista de vantagens do aleitamento materno para a mãe que é “mais fácil, prático e econômico para a mãe”, neste sentido, Valdés, Sánchez e Labbok (1996), além de corroborar com este pensamento, vêem como grande vantagem a não diluição do leite materno e, portanto, a não contaminação, tornando-se essencial na diminuição do risco de desnutrição principalmente nos países em desenvolvimento. As vantagens do aleitamento materno para a criança foram ligadas à saúde e relatadas pelos participantes da seguinte forma: “*Tudo bem, ele raramente tem uma febrezinha, essas coisas de criança, nunca teve, é bem forte, come bastante.*” (Puérpera B – Cc V). “*A minha mamou até um ano, ela tem cinco anos e não sabe o*

que é um xarope.” (Puérpera C – Cc VIII). “[...] e a da minha irmã que não mamou pegou uma gripe agora que nossa, ela tira chinelo e já tem tosse, dor de garganta, e a minha não, fica descalço e não tem nada, só pode ser o leite.” (Puérpera E – Cc VIII). A falta dos fatores anti-infecciosos nos leites artificiais é levantada por King (2004), esta também afirma que a diarreia e outras infecções são mais frequentes em crianças alimentadas artificialmente, vindo ao encontro dos relatos deste estudo. Foi visível que os participantes que falavam das vantagens do aleitamento materno o faziam porque realmente acreditavam, ficando claro que este é, sem dúvida, um ponto positivo no processo de aleitamento materno destas mulheres. Rozário e Zagonel (2000), em seu estudo, ao perguntar às mães sobre as vantagens do aleitamento materno, obtiveram respostas semelhantes aos nossos resultados, as respostas apresentadas envolveram crescimento e desenvolvimento da criança, proteção contra doenças além citarem ser bom também para a mãe.

Ficou evidente a importância de conhecer sobre a pega adequada da região mamilo-areolar como fator positivo para a prática saudável do aleitamento materno, influenciando tanto na prevenção e tratamento de complicações como na diminuição da insegurança da mulher e do seu acompanhante. As palavras dos participantes a seguir demonstram bem isto: *“Pega em volta do mamilo e se doer está errado.” (Puérpera F – Cc II). “Começa a dar rachadura, isso dói um monte.” (Puérpera A – Cc VI). “Eu percebi que quando ela mama no bico dói, quando eu consegui fazer com que ele pegasse mais, coloquei mais dentro da boca dele, doeu bem menos e eu percebia que ele estava sugando.” (Puérpera B – Cc VII).*

King (2004, p. 03) afirma ser simples colocar o bebê para mamar quando a nutriz sabe como fazer, porém quando está insegura ou quando o bebê não consegue sugar de forma adequada, ambos “precisam de ajuda para aprender o que fazer.” A pega inadequada atribuída ao bebê como limitação para a prática do aleitamento também foi relatada: *“Está toda rachada, por isso, ela estava pegando só no bico e puxava, a enfermeira pediu para que eu tentasse colocar mais a aréola dentro da boca dela, ela falou para mim: pega assim até ela pegar, depois pode puxar um pouquinho para não afogar ela.” (Puérpera E – Cc III).* Acreditando ser a causa de muitos problemas no aleitamento materno, King (2004) lista as consequências desta situação como a dor, retirada insuficiente de leite, criança frustrada e mãe insegura em relação à produção de seu leite. Entre os motivos para o bebê não mamar em boa posição, a autora cita que a “mãe pode ser inexperiente e não ter alguém

para ajudar.” (KING, 2004, p. 18).

Diretamente relacionado à pega, saber sobre a posição para segurar o bebê também emergiu como aspecto importante para o aleitamento materno, sendo que uma das puérperas referiu: *“Eu coloquei o bebê um pouco com pressa e ela estava com o braço na frente e um pouco virada para cima, então [...].”* (Puérpera B – Cc VII). A prática nos mostra o quanto uma boa posição facilita a pega da região mamilo-areolar favorecendo, assim, a boa evolução do aleitamento. Valdés, Sánchez e Labbok (1996, p. 48) também afirmam que a “técnica correta é a base para uma amamentação com êxito”. Esses mesmos autores descrevem com detalhes a boa posição para a mulher segurar o bebê. Porém algumas mulheres apresentam dificuldades em se posicionar e em posicionar o bebê Estas foram assim identificadas em círculo de cultura: *“Eu já vi tantas mães pegar a criança de lado de barriga para cima e aí dizer: mama. E se quebrar toda para colocar o peito dentro da boca do bebê e está virado de barriga para cima.”* (Puérpera A – Cc III). Carvalhaes e Corrêa (2003) encontraram na aplicação de um protocolo de observação da mamada que a posição da mãe e do recém-nascido durante a mamada teve o pior resultado entre os outros pontos observados que, além deste, foram sucção, anatomia das mamas, afetividade e respostas da dupla mãe-bebê.

A preocupação com o uso de chupeta foi expressa por uma puérpera participante que desejava saber qual a influência deste sobre o aleitamento materno: *“E a chupeta atrapalha amamentação? [...]”* (Puérpera C – Cc VII). *“Então eu posso não dar, é possível?”* (Puérpera C – Cc VII). Ao mesmo tempo em que a puérpera preocupava-se com o possível efeito negativo da chupeta, a preocupação em conhecer os efeitos do seu uso torna-se positivo, pois, a partir do conhecimento, o uso poderá não ocorrer ou ser diminuído, em acordo com as evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno ao concluir que os bicos artificiais e as chupetas associam-se ao desmame precoce e a outras complicações, devendo ser uma prática minimizada e, se possível, abolida. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

A amamentação em uma só mama, às vezes apontada como sendo por preferência do bebê, surgiu como limitação ao aleitamento materno nas seguintes palavras: *“Mas o bebê tem a tendência de querer sempre um lado, não é? Porque a minha começou e três vezes ela mama em um lado e no outro não.”* (Puérpera C – Cc I). *“Ele disse assim: você está acostumando ele a mamar só em um peito só! Então eu disse:*

ele tem que mamar no que ele gosta, porque eu troco e ele não quer mamar neste, ele só quer neste aqui.” (Puérpera A – Cc I). *“Ela só mamou no direito, hoje que eu consegui dar o peito esquerdo para ela, que ela pegou bastante assim.”* (Puérpera I – Cc II). Conhecendo a frequência deste acontecimento, King (2004) orienta que se os bebês tiverem dificuldade em pegar em uma das mamas, as mães devem ser estimuladas a modificar a posição.

Em outros momentos ficou claro que o desconhecimento ou um conhecimento equivocado pode ser um forte limitador da prática do aleitamento materno por desencadear outros processos como dor e outras complicações. Na fala desta puérpera temos um exemplo disto: *“Se doer está errado?”* (Puérpera D – Cc II). *“Eu sinto que o meu está dolorido. E ele pega mais nesse aqui.”* (Puérpera D – Cc II).

As complicações do aleitamento materno, como mamas cheias, ingurgitamento mamário, mamilos doloridos e principalmente a fissura mamilo-areolar foram indicadas como limitadoras para a prática do aleitamento. Em 07 (sete) dos 08 (oito) círculos realizados, apareceram algumas destas complicações.

Os relatos evidenciam que os participantes conhecem algumas das complicações e reconhecem que sua ocorrência limita o aleitamento materno, as mamas cheias foram associadas à dificuldade em realizar a pega, como vemos a seguir: *“Aí dificulta para o bebê”* (Puérpera A – Cc VI). *“[...] Eu custei para dar de mamar porque além do peito ter enchido muito, [...]”* (Puérpera A – Cc III). No caso do ingurgitamento, foi identificado como desencadeando outras complicações: *“Eu ouvi lá no refeitório, que a mulher passou por uma cirurgia porque empedrou o leite.”* (Companheiro A – Cc I). *“É o caso do leite quando empedra, não é? A minha irmã, quando ela teve neném, o peito dela ficou enorme, e ela chorava, e quanto mais ela chorava...”* (Puérpera I – Cc II). *“Não, é porque empedrou tudo, nem com a máquina, nem com a mão.”* (Cunhada A – Cc IV). Os relatos têm convergência com o descrito por King (2004), de que em algumas vezes, quando o leite não é suficientemente retirado da mama, estas podem ficar ingurgitadas, apresentando-se tensas, bastante dolorosas e brilhantes devido ao edema, podendo cessar a ejeção de leite. A autora ressalta que interrupção da amamentação poderá levar ao desmame.

A fissura mamilo-areolar esteve presente em várias expressões e foi indicada como causa de dor e até de recusa do bebê em pegar o peito como mostramos a seguir:

“[...] E a minha neném no começo, no domingo, ela estava tendo muita cólica e não estava conseguindo pegar, e rachou o meu peito inteirinho,

está do todo dolorido ainda, todo rachado, aí por causa da cólica começou a rachar esse aqui também, graças a Deus agora conseguiu pegar direito no peito, agora está mamando direitinho, graças a Deus passou agora.” (Puérpera C – Cc III).

“[...] ele não queria mais pegar porque deu calor de figo, [...].” (Puérpera D – Cc V). “[...] está machucadinho, rachadinho assim, [...].” (Puérpera C – Cc VIII). Confirmando a limitação referida pelos participantes deste estudo, vários autores como King (2004), Valdés, Sánchez e Labbok (1996), Giugliani (2004), Fundo das Nações Unidas para a Infância e Organização Mundial da Saúde (2008), Organização Mundial Da Saúde (1993) e Brasil (1997), tratam os traumas mamilares como complicações iniciais da amamentação abordando a prevenção e o tratamento. Na narração de uma puérpera, a fissura mamilo-areolar de difícil cicatrização somente com o uso do leite posterior também esteve presente como dificuldade enfrentada na amamentação. Referindo-se à aplicação do leite posterior colocou em uma das falas: *“Eu passava, mas não adiantava, [...].” (Puérpera C – Cc VIII).* E em outra, definindo melhor a situação vivenciada:

“Eu tenho uma menina de cinco anos, e com ela foi a mesma coisa, não chegou a sair sangue, mas ficou bem machucado, aí a minha sogra passava aquele batom de cacau que é hidratante, aí foi onde amenizou, mas foi difícil. Depois não, depois de dois, três meses já estava normal, foi só na fase de adaptação mesmo, quinze dias, vinte dias.” (Puérpera C – Cc VIII).

Entendemos que na vivência relatada seria importante acompanhamento de avaliação da pega, mas é real a existência de fissuras de cicatrização lenta, King (2004) reconhece que a dor devido à fissura mamilo-areolar pode continuar por mais de uma semana ou apresentar recidiva, neste caso, levanta a possibilidade da presença de candidíase na região mamilar.

A presença de mastite também foi assim referida:

“Eu vejo assim, porque esse é o meu terceiro. O meu outro não rachou, não deu calor de figo. No outro, deu infecção na ponta do meu peito que saía até pus, mas porque eu tomei leite, e eu não sabia, e fiquei sabendo depois que não podia tomar leite.” (Puérpera A – Cc III).

“Infeccionou de dentro para fora, do bico mesmo!” (Puérpera A – Cc

III).

Neste relato a mastite foi relacionada à presença de fissura e, esta, devido à voracidade na pega do bebê por estar com cólica intestinal. A cólica devido à ingestão de leite pela nutriz é trazida por King (2004) como um dos motivos para o choro da criança e aconselhando que, caso confirme, a mulher restrinja o uso até quatro meses de idade da criança.

Porém, apesar das complicações identificadas, conhecer sobre prevenção e tratamento de fissuras da região mamilo-areolar e utilizar estes conhecimentos apresentou-se como possibilidade para o aleitamento materno. Apresentamos algumas das considerações que ouvimos neste sentido:

“[...] Quando ele quer mamar muitas vezes e pega errado, porque que estás com pressa, ou você está muito nervosa, e isso eu sei que arreventa o peito mesmo, porque daí pegou errado. E cólica, principalmente, porque daí ele quer mamar, e eu já vi muito isso, porque e ele mama muito além da conta, [...].” (Puérpera A – Cc III).

“Não passar sabonete, nem no bico, nem na aréola, só passar água quente mesmo.” (Puérpera G – Cc III). “Porque mama na ponta.” (Puérpera A – Cc IV). “Coloca o dedo na pontinha da boca para ele chupar o dedo e não rachar o bico do peito.” (Puérpera C – Cc V). “Eu estava colocando o leite do peito.” (Puérpera A – Cc VI).

Em um dos círculos, foi relatada como positiva a utilização da concha para amamentação na prevenção de fissuras e ingurgitamento.

“A minha amiga me ensinou também, e a senhora pode responder se está certo ou não, eu comprei aquela concha e ela disse para mim que sempre que eu não estiver amamentando, deixar o máximo de tempo com aquela concha, porque o bico fica umedecido.” (Puérpera C – Cc VIII).

“É que eu disse para ela, a filha dela está no mesmo quarto comigo, ela tem a mesma conchinha que eu, e com a concha vai saindo leite não tem como empedrar.” (Puérpera C – Cc VIII). As conchas mamilares têm sido amplamente utilizadas por mulheres na gestação e após o parto, durante o aleitamento materno, para protrair os mamilos ou auxiliar na sua recuperação quando fissurados, porém, Almeida (2005) alerta para o risco de utilizar estas conchas protetoras para coletar leite humano devido à reprodução de bactérias no leite humano e assim

reduzir a sua qualidade.

Já o chá, utilizado como complemento alimentar para o bebê, no relato desta participante, parece não ter interferido no aleitamento materno: *“Não, mas o meu filho, eu dei até três anos, eu dava chazinho depois do banho e não teve problema.”* (Mãe A – Cc I). Por outro lado, em dois círculos de cultura, foi identificado como limitação: *“O bebê vai mamar menos.”* (Puérpera C – Cc I, Puérpera B – Cc I). *“Vai querer parar de mamar.”* (Puérpera A – Cc II). Mesmo que o bebê não recuse o peito, estudos têm demonstrado o efeito protetor do aleitamento materno, como o realizado no Perú que encontrou risco relativo de infecções cutâneas 3,8 dos bebês que receberam outros líquidos juntamente com o leite materno em comparação com a amamentação exclusiva, sendo que este aumenta ainda mais com a associação com leite artificial e com outros alimentos. (LEÓN-CAVA et al., 2002)

A recusa do peito pelo bebê foi reconhecida como obstáculo para o aleitamento materno, de acordo com os seguintes relatos:

“Até parece que foi eu que ganhei neném. Na verdade eu tenho um filhinho de seis anos, eu tive ele aqui, e a minha experiência de amamentação foi pouca porque ele não quis. Era muito engraçado, ele não fazia isso, (mostrando o bebê que mamava) ele pegava no meu seio, colocava a mão no meu seio como se fosse pior coisa do mundo, eu consegui amamentar ele na chuquinha, tirava o meu leite e colocava na chuquinha aí ele tomava, eu fiz isso até os dois meses e meio, quase três.” (Amiga A – Cc III).

“É, foi secando e ele foi rejeitando, se eu pudesse tinha amamentado mais.” (Puérpera A – Cc VI). O primeiro mantém proximidade com a descrição de Brasil (1997, p. 35) sobre as informações da mãe ao relatar que o bebê se recusa a mamar: *“colocado no peito se recusa a pegá-lo, vira a cabeça e chora, ou então que ele começa a sugar, suga pouco e logo larga o peito”*. Relativamente próximo dos relatos e da situação percebida nestes círculos, está o descrito por King (2004) quando traz os motivos para que o bebê recuse o peito e, entre eles, a alimentação por mamadeira. Também Vaucher e Durman (2005) acreditam que é possível prevenir a maior parte dos motivos que fazem com que o bebê recuse o peito, alertam que os profissionais devem estar atentos a manipulação por estranhos, às tentativas de pegar a aréola empurrando a cabeça para trás e a confusão de bicos.

Também foi apontado como podendo ter influenciado na recusa

do peito o uso de mamadeira e seringa para alimentar o bebê: “Eu, pela experiência, da minha filha com 14 anos, acho que a chuquinha atrapalha, a seringa atrapalha. E realmente atrapalha!” (Puérpera A – Cc III). Acreditando que um evento pode desencadear outro, concordamos também com os resultados da pesquisa de Garcia-Montrone e Rose (1996) onde os motivos mais alegados pelas mães para a introdução de mamadeira foram o pouco leite e o leite que secou. No mesmo estudo, baseados na época de acontecimento do desmame no grupo experimental e no controle, os autores afirmam que apesar da orientação pré-natal ser efetiva, é necessário que a orientação seja contínua durante o período de amamentação.

Outro ponto indicado como dificuldade inicial para o estabelecimento da amamentação foi o bebê apresentar-se sonolento nas primeiras horas de vida conforme os seguintes relatos:

“Eu coloco ele, ele fica 5 minutos e dorme, depois eu coloco e ele fica uns 45 minutos, dorme, mama, dorme, mama...” (Puérpera C – Cc I).

“Muito sonolento, ainda é um pouco, só que agora está pegando melhor.” (Puérpera E; companheiro A - Cc VII).

A alimentação da nutriz surgiu de forma bastante intensa em vários círculos de cultura. Concluímos que durante o desenvolvimento do círculo alguns participantes consideraram o novo conhecimento como positivo para o enfrentamento do período de aleitamento materno, como segue: “Então não tem nada a ver com o que a mãe come?” (Mãe A – Cc I)

“Tem que adaptar o bebê a nossa alimentação, porque quem está chegando é o bebê, não adianta a gente se adaptar à alimentação dele porque para ele praticamente é só o nosso leite e a gente não vai viver só em função do leite do bebê? Não vou comer isso, não o comer aquilo. A gente tem que comer vitamina para passar para o leite também. Senão, no final, não vamos ter vitamina nenhuma.” (Puérpera G – Cc II).

“[...] que tomar leite, refrigerante, achocolatado, eu acho que já na maternidade deveria ser falado mais ou menos principalmente aos marinhos de primeira viagem a dieta, para saber o que você pode comer, para dar o peito para o teu neném e não arrebentar, porque daí dá cólica. [...] pelo fato de a mãe comer coisas que afetam o leite, e a gente sabe que realmente afeta, não é?” (Puérpera A – Cc III).

“A minha amiga mora lá em Ganchos, Governador Celso Ramos, na primeira semana ela dá-lhe a comer camarão, comer tainha, que é bem gordurosa e a menina dela não teve nada de cólica.” (Puérpera A – Cc V). “Então mesmo cuidando da alimentação o bebê para ter cólica?” (Puérpera C – Cc VII). Já outros participantes, ancorados em sua vivência, com conhecimento anterior já consolidado, referiram como possibilidade o controle da alimentação por evitar a cólica do recém-nascido: “Nós conseguimos uma lista de vinte e poucas comidas, principalmente a comida com acidez, conservantes, frituras. Frituras são terríveis, se já dá azia para nós, imagine para uma criança.” (Companheiro A – Cc VI).

Em contrapartida, outra participante colocou como dificuldade o desconhecimento sobre alimentação da nutriz:

“Outra dúvida é que dizem a mãe não pode comer certa coisa porque vai para o leite, na opinião da senhora a gente deve fazer o quê? Desde o começo já ir acostumado o bebê a comer qualquer coisa do leite da mãe, ou tem que esperar completar os seis meses para depois começar. [...]” (Puérpera B – Cc II).

Diferente da dificuldade já citada, a restrição alimentar mostrou-se como forte limitação para o aleitamento, influenciando no bem estar da mulher conforme as narrações: “É que no nosso, depois disso ele não teve, ela é que passou a trabalho com bastante comida reduzida.” (Companheiro A – Cc VI).

“Passei mesmo, a gente ia passear na casa dos outros... Teve uma festa que eu nem fui, não adiantava, não podia comer nada, tinha fome mas não comia, dava vontade mas eu não comia as coisas, bolo, refrigerante do lado, mas não comia.” (Puérpera A – Cc VI).

“[...] me cortaram um monte de coisas, me disseram que não pode laranja e que abacaxi nem pensar.” (Puérpera C – Cc VII).

“Eu também, o meu namorado chegou com uma caixa de bombom no quarto, a minha mãe pegou, e o pior é que a gente fica com vontade. Eu até não gostava, na minha gravidez eu comecei a gostar, eu engordei 20 kg por que vocês não têm noção o tanto de doce que eu comia. Antes disso nada doce, bolo, docinho, eu não comia nada.” (Puérpera C – Cc III).

Apesar de tratar-se de um tema pouco abordado na literatura,

King (2004) descreve que algumas substâncias que a mãe ingere podem passar em pequenas quantidades para o leite materno e provocar o choro da criança, mas ressalta que isto pode acontecer com quase todos os alimentos, impossibilitando definir o que deve ser evitado pelas mulheres que amamentam. Refere-se também aos alimentos pouco habituais, ao leite e ao café, aconselhando, nestes casos, a suprimir da dieta por duas semanas e observar, não justificando a restrição apontada pelos participantes deste estudo.

O conhecimento sobre a ordenha manual esteve presente nos relatos facilitando a continuidade do aleitamento mostrando que as mulheres que conhecem a ordenha reconhecem também a sua importância: “*Eu só conseguia dar de mamar para minha filha quando eu tirava em casa um pouco do leite, e aí dava um pouco de ponta no bico para ela poder sugar, para poder pegar, se não é não conseguia dar de mamar.*” (Puérpera A – Cc III). “*Ah! Com a mão. O que eu fazia? Eu pegava...*” (Amiga A – Cc III). “*A bombinha machuca. Melhor é com a mão.*” (Puérpera E – Cc VIII). Foi exceção a expressão de uma das participantes que demonstrou não ter boas lembranças da ordenha manual: “*Porque tirar o leite com a mão é horrível minha gente. Meu Deus.*” (Cunhada A – Cc IV). Apesar de um método simples e adequado para retirar o leite materno, muitas mulheres têm dificuldades em desenvolver a habilidade para realizar a ordenha manual, principalmente nos momentos em que mais necessitam, geralmente ligados ao ingurgitamento. A ordenha manual é amplamente divulgada como método útil por não precisar de instrumentos, não causar traumatismos e podendo também ser realizado pela própria nutriz. (King, 2004; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1993). Outros autores como Tamez (2002) e Valdés, Sánchez e Labbok (1996), indicam a avaliação do tempo em que a ordenha será necessária para definir o método de retirada, se somente manual, combinado com bomba manual ou, em caso de mães com prematuros ou doentes, até mesmo com bombas elétricas.

As manifestações referentes à conservação e utilização do leite ordenhado foram favoráveis ao aleitamento materno, tanto o conhecimento já existente, bem como o interesse dos participantes em dialogar sobre este tema: “*Congelar, não é?*” (Puérpera B – Cc IV). “*E a conservação, no que gente tira, coloca numa coisinha esterilizada, e vai para o freezer ou para a geladeira?*” (Puérpera A – Cc VI). “*Eu doeï dois ou três vidros [...] eu fervia os vidrinhos e colocava de cabeça para baixo e eu enchia, às vezes dava a metade, às vezes dava cheio, [...].*” (Puérpera A – Cc VIII). “*Mas quinze dias congelado? E depois,*

desgela em banho-maria? Pode descongelar tudo? (Puérpera B – Cc VIII). “No caso da minha filha, é porque ela vai estudar, e então já tem que colher de manhã, para deixar para tarde e até a noite ela voltar.” (Mãe B - Cc VIII). Estas falas reafirmam a importância de esclarecer as pessoas não só quanto à retirada, mas também quanto aos cuidados com armazenamento e utilização do leite humano ordenhado.

Identificado também como possibilidade foi o fato dos participantes conhecerem sobre composição do leite materno demonstrando segurança, como nas falas a seguir: “[...] *o certo é deixar começar em num, esvaziar aquele e aí passar para o outro, não é? Porque se não toma esse último leite ele não cria peso, acha que o bebê não está mamando, que o leite não é forte.*” (Puérpera B – Cc I). “*Tem o final do leite que é o leite gordo, que é o que engorda o neném.*” (Puérpera D – Cc II). “*Não, cada mamada em um peito.*” (Puérpera F – Cc V). “*Eu acho que não é uma questão de leite fraco, é questão de você saber se o bebê chegou a tomar até o último leite ou não, acontece de ele cochilar e se a gente vai lá e tira, ele não chegou a pegar outro leite, se passa para outro peito, acontece a mesma coisa.*” (Puérpera A – Cc V). “*O bebê não vai pegar o leite gordo.*” (Puérpera E – Cc VII). E preocupação em fazer o melhor para uma amamentação bem sucedida como nesta outra: “*E a alternância das mamas, deve ser feita na mesma mamada ou em manadas seguidas?*” (Companheiro A - Cc VII). A modificação na composição do leite materno citada por BRASIL (1997) como contendo mais gordura no final da mamada, sendo assim, importante que a criança esvazie a mama que iniciou a mamada, confirmando que este conhecimento favorece o aleitamento materno.

A limitação por desconhecer o tempo da mamada foi também apontada por uma puérpera:

“E outra coisa que acontece muito, teve até uma tia da minha da minha filha que ganhou faz um mês, é assim, ficar meia horinha, e às vezes aquela meia horinha o neném não enche a barriga, não é? Tens que ficar pelo menos uma hora, aí a médica questionou ela que a menina estava muito magrinha e ela respondeu: ah! eu fico meia hora, porque logo ela dorme. Então perguntou: e quando ela acorda você dá de novo? Ela diz: mas eu terminei de dar de mamar agora tem que dar de novo? É, ela é uma recém-nascida, ela não tem noção da comida.” (Puérpera A – Cc III).

Em consonância com a opinião desta puérpera, Vieira (2002) destaca que se deve oportunizar o bebê a mamar na mesma mama até

que a tenha esvaziado, sem preocupação com o tempo e, se demonstrar não estar saciado, deve ser levado novamente à mama para completar a mamada.

Isoladamente, houve também manifestação quanto ao conhecimento sobre a duração da amamentação indicando uma possibilidade: “*Até os dois anos é que indicam.*” (Puérpera F – Cc II). Em contrapartida, o desconhecer sobre a duração da amamentação indicou uma limitação para a prática mais longa do aleitamento materno: “*E o ideal é amamentar até que idade?*” (Companheiro A – Cc I). Na mesma linha, saber ou não sobre o desmame gradativo, apareceu podendo também indicar possibilidade ou limitação, conforme os seguintes questionamentos: “*Tem que ir tirando aos poucos, não é?*” (Puérpera F – Cc II).

“*E mãe que fala assim: ah, eu vou deixar meu filho mamar até quando ele não quiser mais. E depois, de uma hora para outra ela precisa trabalhar, daí ela tem que fazer alguma coisa, quer parar não sabe como é que faz. Eu tenho uma prima que tem uma filha de um ano e cinco meses e ainda mama, aí ela coloca curativo, coloca esparadrapo e fala que está machucado. E daí tem algum problema, acontece alguma coisa?*” (Puérpera I – Cc II).

Para Vieira (2002) o desmame deve ser gradual e se inicia com a introdução de outros alimentos, desde os 4 a 6 meses de idade do bebê. A Organização Mundial da Saúde preconiza a amamentação exclusiva por seis meses e parcial até dois anos ou mais de idade da criança, descreve que “o leite materno continua a ser importante, muitas vezes correspondendo a um terço ou até metade das calorias ingeridas pela criança até 12 meses de idade e deve continuar até dois ou mais anos. (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008, p. 51).

A certeza de que pode não haver queda das mamas mostrou ser aliada do aleitamento materno na expressão destas duas participantes: “*Mas não cai, se souber cuidar, não deixar o neném pendurado, não cai.*” (Puérpera A – Cc IV). “*Não dar de mamar e não tirar o leite.*” (Amiga A – Cc IV). Ao relacionar os mitos do aleitamento materno, Brasil (1997) aborda a queda das mamas como constitucional e sendo causada até pela própria gestação e, para prevenir esta alteração, indica o uso de sutiã adequado durante toda a gestação e amamentação. Mas o preocupar-se com a estética em primeiro lugar foi identificado como limitador e extremamente prejudicial nos seguintes relatos:

“*Eu tenho um sobrinho, que a minha cunhada tirou o peito para fazer*

cirurgias estéticas, e o irmão dele, eles têm uma diferença de quatro a cinco anos, um é bem tranqüilo e o outro bem agitado, tudo que um não faz, o outro faz em dobro, ele vai fazer três anos, e agora é que está começando a falar, desenvolveu bem tarde a questão da fala, de começar a engatinhar. Na época a gente criticou bastante ela, porque ela tinha leite suficiente e com dois meses ela simplesmente tirou.” (Puérpera A – Cc V).

“E eu presenciei cenas de ela colocar para mamar, ele dar duas ou três sugadas e ela tirava, o leite jorrava do peito, não escorria, espirrava, ela tinha leite suficiente para amamentar ele.” (Companheiro A – Cc V). Apesar dos benefícios do aleitamento materno estarem cientificamente comprovados, várias mulheres ainda preferem o não aleitamento ou optam por fazê-lo por um tempo curto, encontramos coerência nos escritos de Panplona (2002) quando afirma que não podemos nos aspectos psicológicos envolvidos nesta questão, sem fazer relação com os biológicos e socioculturais, e neste último lembra das funções e inter-relações do papel materno e dos demais papéis femininos desempenhados pela mulher na sociedade.

As tecnologias educacionais, na visão de Figueroa (2000), é um conjunto de novas ferramentas que funcionam como sustentação e ligação tanto para o acesso como para o tratamento das informações, correspondem a novos modos de comunicação que incorporam modelos de participação e diversão cultural, trazendo à tona um novo conceito de educação. Neste contexto, a internet tem contribuído para o avanço do conhecimento em aleitamento materno da população que já tem esta oportunidade, em nossa opinião deve ser vista sempre como aliada, como meio de promover a divulgação da informação de forma rápida e com grande alcance. Percebemos isto nas palavras deste participante: *“Nós lemos e procuramos na Internet.”* (Companheiro A - Cc VII).

A limitação imposta pelo Human Immunodeficiency Vírus (HIV) à mulher portadora para a prática do aleitamento materno também foi alvo de questionamento nas palavras deste participante: *“Uma dúvida na alimentação: uma mãe que seja soro-positivo, recebeu todo o tratamento para não passar para o bebê e este bebê é normal, não é soro-positivo, ele vai poder mamar no peito da mãe, ou o leite sempre transmite o que ela tem?”* (Companheiro A – Cc I). Quanto às mulheres portadoras do HIV a Organização Mundial de Saúde, analisando vários contextos mundiais, entende que:

Quando a substituição da amamentação for

aceitável, factível, acessível, sustentável e segura, recomenda-se que mães HIV positivas nunca amamentem. Caso contrário, a amamentação exclusiva é recomendada durante os seis primeiros meses de vida do bebê e deve ser interrompida assim que viável. (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008, p. 52).

A limitação identificada condiz também com a recomendação do Ministério da Saúde do Brasil, de que as mulheres HIV positivo não amamentem seus filhos e não doem leite, devido ao risco de transmissão vertical, se leite de sua mãe for essencial para a sobrevivência da criança, esta deverá recebê-lo pasteurizado. (BRASIL, 1995).

6.2 A CRENÇA DE QUE A ANATOMIA DA MAMA INTERFERE NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO

Ter a mama volumosa ou os mamilos planos foi relatado também, em menor proporção, como dificuldade e impossibilidade de amamentar. O Ministério da Saúde reconhece que para que a mulher portadora de mamilos planos amamente, deve ser orientada a realizar alguns cuidados e manobras na gestação e após o parto. (BRASIL, 1997). Mesmo não sendo determinantes para o sucesso na amamentação, tais cuidados auxiliaram uma participante que referiu: “[...]. *Eu não tinha bico, eu não tinha nada, aí eu ganhei aquelas conchas e aí que formou o bico do peito, [...]*” (Amiga A – Cc III). Outra participante relatou a sua luta no primeiro filho: “*O que eu passei com a minha primeira é que eu não tinha bico. [...] ela não conseguia abocanhar porque não tinha bico.*” (Puérpera A – Cc III). Giugliani (2000) também aponta que os mamilos planos ou invertidos não impedem a amamentação, mas que podem dificultar o seu início, afirma que o bebê pode fazer uma “teta” com a aréola. King (2004) também faz referência ao mamilo plano quando afirma que o comprimento do mamilo, quando em repouso, não tem importância já que a criança não suga no mamilo e sim na mama. Mesmo assim, algumas mulheres identificam o mamilo plano como o responsável pelo insucesso na

amamentação, neste estudo uma puérpera verbalizou: *“Mas o meu filho quando eu ganhei, eu tenho problema no peito porque eu não tenho bico e eu só amamentei aqui, quando eu cheguei em casa ele não queria mais pegar [...]”* (Puérpera D – Cc V). Destacamos, neste caso, que o acompanhamento após a alta hospitalar poderia ser determinante na instalação do processo de aleitamento materno.

Nas palavras a seguir notamos que ter mama volumosa também dificultou o estabelecimento da amamentação: *“E quando o peito está pesado, eu notei que quando eu estava com a mão debaixo dele estava certinho, quando eu tirava a mão, ele já...”* (Mãe B - Cc VIII). Para vencer este obstáculo destacamos a importância do apoio do círculo de convivência da mulher e dos profissionais de saúde no processo de aprendizagem da puérpera e recém-nascido. Concordamos com Giugliani (2000) quando diz que na espécie humana a amamentação não é puramente instintiva, que tanto o amamentar quanto o ser amamentado precisam ser aprendidos, e que atualmente as ações neste sentido dependem principalmente dos profissionais de saúde.

6.3 EXPERIÊNCIAS X INEXPERIÊNCIA: INFLUÊNCIA NO ALEITAMENTO MATERNO

Confirmando o senso comum de que as vivências interferem no aleitamento materno, puérperas e acompanhantes verbalizaram como possibilidade o exemplo familiar, a própria vivência. O exemplo familiar da puérpera que referiu *“Meu marido mamou até os 6 anos de idade.”* (Puérpera A – Cc I) evidenciou, tanto na investigação temática como no círculo de cultura, a sua pretensão em amamentar até quando o bebê desejasse, sendo positivo no aleitamento de seu filho. Outra participante declarou perceber as vantagens de ter filhos amamentados: *“Ô, inteligente na escola.”* (Mãe A – Cc I). *“Sim, bem calmo. Eu saio com ele em qualquer lugar e não tem problema, ele senta e fica ali quietinho, não incomoda. E o outro que eu não amamentei...”* (Mãe A – Cc I). *“É assim, sabe, carinhoso...”* (Mãe A – Cc I).

A experiência anterior das puérperas participantes também foi identificada como extremamente positiva no próprio processo de aleitamento, bem como no auxílio a outras mulheres: *“Hoje não, hoje a gente já tem experiência, já sabe como lidar e ajuda quem está do lado e está precisando.”* (Puérpera B – Cc II). *“É, peguei experiência e já*

passsei para um monte de amigas, eu conheço uma que tirou mamar do neném com dois meses para os seios não caírem, quem põe filho no mundo não pode pensar nisso, eu aconselhei um monte ela, mas não adiantou.” (Amiga A – Cc IV). Por outro lado, a falta de experiência foi apontada como dificuldade: *“Não temos muita experiência porque é o primeiro, mas o que a gente ouve falar é que varia de acordo com o que a mulher come. Dependendo do que come já passa direto para o leite.”* (Companheiro A – Cc I). *“Mamãe de primeira viagem pedala bastante.”* (Puérpera B – Cc II). Isoladamente, mas não menos importante, houve o relato de preocupação em não ter certeza da capacidade de produzir leite suficiente por não ter amamentado os outros filhos: *“[...] e como não amamentei meus outros filhos...”* (Puérpera A – Cc VII). Vendo também este como um problema, Pamplona (2002) ao comentar a influência das vivências do ciclo gravídico-puerperal na amamentação, diz que se houveram muitos problemas no papel de gestante e parturiente e puérpera é provável que também ocorram problemas na amamentação.

6.4 O CÍRCULO DE CONVIVÊNCIA NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO

O círculo de convivência, familiar ou não, foi fortemente indicado como tendo grande influência no processo de aleitamento materno. A presença familiar por si só foi considerada positiva. Por outro lado, como limitação foi narrada em quase todos os círculos familiares ou pessoas próximas que influenciam nas decisões da nutriz: *“A minha mãe é muito antiga, para ela não pode comer nada.”* (Puérpera B – Cc II). *“A minha teve aqui ontem também, e disse: tu não podes comer feijão, tu não podes comer isso, não podes comer aquilo...”* (Puérpera C – Cc II).

“A minha madrinha já disse, porque eu tomava achocolatado todos os dias, e ela já cortou. Cortou o refrigerante, o achocolatado, essas coisas de leite puro eu não bebo, não gosto de leite, mas bebia café com leite e ela já falou: quer beber café-com-leite, então coloca um pouquinho de café e um monte de leite, mandou cortar refrigerante... [...]”.(Puérpera C – Cc III).

“É assim, você sente o calor, o teu neném também sente calor, é a mesma coisa, não adianta você enrolar, aí a minha sogra chegou e

enrolou ele e todo.” (Puérpera A – Cc III). “[...] Aí a minha sogra, disse que: Esse leite aí já está empedrado, se eu fosse você não dava mais para o guri, pode fazer mal. Aí foi indo, ele parou e foi para o leite de vaca.” (Puérpera A – Cc VI). “[...] Eu pergunto isso porque algumas pessoas, como a avó, vão querer que eu dê bico. Acham bonitinho!” (Puérpera C – Cc VII). “Com a minha mãe também, eu não quero magoar, ela me ajuda tanto, veio para cá, só para me ajudar. Então eu fico sem saber o que fazer.” (Puérpera A – Cc VII). “No amamentar o meu outro eu enfrentei bastante dificuldade com a minha família a esse respeito, a minha mãe ficava dizendo: essa criança grande mamando! [...]” (Puérpera E – Cc VIII). A pressão exercida pela família e amigos para a introdução da mamadeira para a criança é lembrada por Tacla (2006), esta acredita que melhorando a confiança da mulher esta estará mais preparada para resistir às pressões. Está pressão é real e também foi identificada neste estudo, mas pensamos que nos últimos anos a prática do aleitamento materno sofreu mudanças significativas e está mudando também a influência do círculo de convivência das mulheres, um grupo desestimulando, mas outro grupo apoiando. Vieira (2002) fala da grande importância que os pais e os demais familiares têm no incentivo ao aleitamento materno, referindo-se ao pai da criança diz que este deve apoiar a mulher e dividir as responsabilidades nos primeiros meses de vida. Nas famílias de muitas sociedades modernas vem se perdendo a fonte de aprendizado em aleitamento, anteriormente as mulheres mais experientes repassavam os conhecimentos às mais novas e também auxiliavam nas atividades domésticas, com a mudança de famílias extensivas para nucleares, as mulheres são menos expostas às vivências com amamentação. (GIUGLIANI, 2002).

6.5 COM AUTOCONFIANÇA E AUTOCONHECIMENTO FICA MAIS FÁCIL

Convergindo com o defendido por King (2004, p. 03), a mulher precisa ter confiança, crer que pode amamentar e “saber que seu leite é tudo que a criança precisa”, torna-se bastante útil a percepção das reações corporais na lactação identificadas por algumas mulheres como auxílio no início da amamentação por reforçar a certeza de ter leite e assim modificando o pensamento de outras que estavam preocupadas

com a ausência do mesmo. Neste sentido os relatos foram: *“Até agora, mesmo amamentando nesse eu sinto que o outro parece que está inchando.”* (Puérpera F – Cc II).

“Eu estava muito preocupada achando que não tinha leite, [...]” Puérpera A – Cc VII).

“Eu também estava muito preocupada achando que não tinha leite, [...]” (Puérpera B – Cc VII). As habilidades de aconselhamento em amamentação são bastante proveitosas para melhorar a autoconfiança das mulheres, Tacla (2006) reforça a importância do desenvolvimento destas habilidades, pois acredita que a mulher que amamenta facilmente perde a confiança em si mesma. Concordamos com a autora, porém entendemos que esta é uma situação inicial, pois a mulher que tem conhecimento consolidado por vivências positivas de aleitamento sente-se empoderada e fica mais forte.

Como já percebido em outros relatos, o ficar despreocupada, ter tranqüilidade, não ter vergonha de amamentar em público e ter segurança em pegar o bebê foram pontos apontados como facilitadores do aleitamento materno:

“Quando eu casei, eu era meio estressada com a casa limpa, com as coisas, depois que eu engravidei do meu menino que tem um ano, a casa pode estar virada de perna para o ar, o meu marido que vai almoçar 1h, 2h da tarde, se não quiser, ele que vá fazer almoço. Mas eu não deixo de cuidar, primeiro o banho dele, a comida dele, depois é a nossa. O tempo precioso que você perde com os filhos até 7,8 anos, é para a vida toda, [...]” (Puérpera A – Cc III).

“No meu caso, é que eu estava um pouco insegura e passando insegurança para bebê, eu não estava pegando direito e bem firme, ficava distante.” (Puérpera A – Cc VII).

“Eu acho que não tenho porque ali no quarto, passa o marido da outra mulher e eu não me importo, eu pensei que ia ligar, mas não.” (Puérpera B – Cc IV).

O não acreditar em leite fraco e a certeza da boa sucção do bebê e da saída do leite na mamada como possibilidade e o acreditar em leite fraco como limitação, idéia esta modificada no círculo de cultura: *“Todo o leite sustenta, quanto mais estimular, quanto mais der mamar, mais leite vai ter, só que tem gente que, às vezes, passa muito tempo sem dar de mamar, então não é que o leite não está sustentando ou que é fraco.”*

(Puérpera A – Cc III).

“Eu, nos meus, tocava o leite porque dizia: Ah, agora vai dormir. Ajudei, dei o leite também. (Mãe A – Cc I).

*“Eu vejo que ele chega a fazer bolinhas quando ele suga o leite, dá para ver que ele suga, que não fica só ali com o bico na boca, [...].”
(Puérpera C – Cc VIII).*

King (2004) acredita que a mãe que não tem confiança pode diminuir o leite, podendo assim, por influência de outros, facilmente utilizar mamadeira.

6.6 SENTIR-SE BEM E ESTAR SEM DOR É IMPORTANTE PARA A BOA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO

O reflexo da ocitocina é descrito por King (2004, p. 11) como sendo afetado por sentimentos, pensamentos e sensações da mulher, sendo que podem ajudar ou inibir este reflexo de ejeção do leite. A mesma autora relaciona a inibição do reflexo com a presença de preocupação, dor ou vergonha, sendo que se “a nutriz tem sentimentos positivos e confiança em sua capacidade de amamentar,” ocorre uma boa descida do leite.

Neste estudo, algumas mulheres, espelhadas em sua realidade, acreditam que as boas sensações são positivas para o aleitamento materno: *“Para mim o importante é estar bem, [...].” (Puérpera E – Cc VIII).* *“É gratificante.” (Puérpera E – Cc V).* Em contrapartida reconhecem que ter se incomodado no período de lactação foi decisivo no desmame precoce:

*“Foi até seis meses, está certo que eu passei muita incomodação, uma fase meio ruim, isso ajuda bastante também. O meu leite foi até seis meses, só eu espero que com ela e eu consiga amamentar mais, [...].”
(Puérpera B – Cc II).*

O bebê em cuidados intensivos também foi mostrado como importante limitação no sexto círculo de cultura, principalmente devido à ansiedade provocada pela incerteza da boa evolução nesta situação especial do bebê: *“Não tirei ainda.” (Puérpera C – Cc VI).* *“É grave.”*

(*Puérpera C – Cc VI*). Apesar de situação difícil é consenso na literatura e também um dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno de que as mulheres separadas de seus filhos devem ser apoiadas para que possam manter a lactação mesmo longe do bebê, para tanto é essencial que os Bancos de Leite Humano, as Unidades de Alojamento Conjunto e as Unidades Neonatais trabalhem juntas objetivando minimizar os traumas deste período e que as instituições ofereçam condições para que as mães e pais permaneçam o maior tempo possível próximos de seus filhos.

Sabe-se que é de grande importância que o parto cesariana não impeça a mulher de amamentar, mas a dor provocada pela incisão abdominal, a dificuldade em se posicionar e em posicionar o bebê e o nervosismo que isto desencadeou foram identificados como limitação nos seguintes relatos:

“[...] porque ontem eu não consegui pegar para dar de mamar de jeito nenhum, eu tentei levantar da cama, eu queria dar de mamar, [...], fiquei nervosa porque as enfermeiras pegaram e levaram ela para lá, deram um outro leite, porque eu fiquei nervosa, botava ela deitada para mamar e ela não queria deitada, ela queria sentada, [...]” (*Puérpera E – Cc VIII*).

“[...] fiquei nervosa, suava gelado, [...]” (*Puérpera E – Cc VIII*).

“Como naquela hora, ela chorava, ele chorava mais, deve ser porque ela estava amamentando, mas estava tensa por causa da dor, da dor do peito e da dor da cesárea, ela estava fechada, deve ser isso.” (*Mãe B – Cc VIII*).

Como no relato anterior, a dor causada pela fissura mamilo-areolar também destacou-se nos relatos da maioria dos círculos conforme exemplificamos a seguir: *“O meu também só que o meu é um só, então quando eu dou o direito para ela, dói muito [...]”* (*Puérpera H – Cc II*). *“Não, elas só falaram para achar uma posição confortável para o bebê pegar direitinho na aréola, para não machucar, mas é que não tem como, na cama eu sento, mas ou ela pega certo no meu peito, ou eu sento direito.”* (*Puérpera B – Cc III*). *“Começa a dar rachadura, isso dói um monte.”* (*Puérpera A – Cc VI*). *“Mas dói no começo quando pega, não é? Quando ele pega eu o vejo estrela, depois passa.”* (*Puérpera C – Cc VIII*). Esta limitação é reforçada por Pamplona (2002) ao lembrar que o medo, a ansiedade, a fadiga e a dor exercem influência negativa no reflexo de ejeção do leite materno devido à inibição

hipotalâmica da secreção de ocitocina e liberação de epinefrina.

A vergonha de amamentar em público apresentou-se discretamente nas palavras de uma participante: *“Ah, quando vem visita, o neném chora que quer mamar e a visita não vai embora.”* (Cunhada A – Cc IV). Apesar de também ser expresso por apenas uma participante, o nojo do leite humano foi identificado como uma intensa limitação para o aleitamento materno desta mulher: *“Que eu amamentei? Dois meses e pouco. É que também tem uma coisa, não gostar de fazer uma coisa, isso também prejudica, porque seca o leite e várias coisas assim. E para falar bem a verdade eu tenho nojo...”* (Puérpera B – Cc V). Partilhamos do pensamento de Pamplona (2002) quando conclui que diante da complexidade dos fatores que influenciam na decisão da mulher em amamentar ou não, é impossível pensar que a simples transmissão de informações sobre as vantagens do aleitamento materno ou as prescrições dos profissionais de saúde, seriam suficientes para o sucesso desta empregada.

6.7 ALEITAMENTO MATERNO E TRABALHO DA MULHER

Neste estudo o trabalho materno foi identificado como limitação para a prática do aleitamento por dificuldades como tristeza, estresse, falta de condições para a retirada e conservação do leite e antecipação da licença maternidade por problema de saúde na gestação.

A preocupação com as atividades domésticas esteve presente no relato desta mãe de puérpera: *“A gente bota na cabeça que não vai ter tempo, tem roupa para lavar, o nenê chorando e não vai ter tempo de parar para dar, então toca uma mamadeira que é melhor.”* (Mãe A – Cc I). Os próximos depoimentos mostram algumas das dificuldades relacionadas ao retorno da mulher ao trabalho:

“Até eu falei, porque com 6 meses ela tem que começar a trabalhar de novo, e aí tem a preocupação. Mas se ele vai ficar em casa comigo, que o meu serviço é à noite, vamos dizer assim: ela chega em casa em torno de 5:00/6:00 horas e eu vou sair as 7:00, então ele pode ficar comigo, ele pode mamar só a partir deste horário e à noite e aí ela sai de novo; e se ele só mamar à noite, não vai ter problema, essa diferença de horário, de alimento...” (Companheiro A – Cc I).

“Do meu pequeno eu tirei, não porque eu quis, é que eu trabalhava e

ficava muito pesado, eu chegava em casa ao meio-dia e às 2 horas tinha que voltar para o serviço, tinha que fazer comida com ele no peito.” (Puérpera A – Cc IV).

A falta de condições para retirada do leite materno no trabalho foi expressa por esta puérpera: *“Eu trabalhava fechada e não tinha horário.” (Puérpera A – Cc IV).*

Nos seguintes relatos percebemos a tristeza por estar longe do bebê neste período:

“Quando eu voltei a trabalhar eu me sentia triste na hora da mamada, porque eu era obrigada a estar no trabalho, meu peito estava cheio, e meu filho estava em casa, então isso doía, eu me sentia um pouco deprimida. E a minha prima, ela é uma grande experiência, trabalhava na loja de uma grande rede, aí ela ficou grávida e que eles a mudaram de setor porque deu um problema no braço dela, ela trabalhava no computador e colocaram no crediário, e aí ela ganhou neném e disse que jamais deixaria de trabalhar porque ganhava bem, ela voltou a trabalhar e na hora da mamada dava uma depressão, começava a chorar, o chefe dela conversou com ela e colocou que pelo que ele estava vendo ela teria de se afastar, largar o emprego e cuidar do neném, ela foi ficando deprimida largou o emprego e foi cuidar do neném, não trabalha mais.” (Puérpera A – Cc VI).

Misturado o retorno ao trabalho com a falta de apoio familiar, notamos o grande peso carregado por esta mulher com desejo intenso de amamentar:

“E agora não sei como vou fazer porque tenho que trabalhar, e a minha mãe disse: deixa a menina comigo que eu vou colocar na mamadeira.” (Puérpera E – Cc VIII).

“Eu acho que vou à empresa pedir as contas, porque eles não colocam, é difícil, ainda mais quem trabalha direitinho, ou eu posso pegar perícia também, porque eu estou com problema de circulação na perna, a minha perna arrebentou vários vasinhos, o meu pé está até preto.” (Puérpera E – Cc VIII).

A limitação identificada por estas mulheres é também defendida por Giugliani (2002) quando afirma que apesar de algumas pesquisas não mostrarem o trabalho materno como principal causa da interrupção do aleitamento, é comum a introdução de substitutos do leite materno a crianças de mães trabalhadoras. Indo ao encontro do que foi identificado

neste estudo, a mesma autora também ressalta ser grande o desconhecimento do manejo do aleitamento materno relacionado à retirada, conservação e uso do leite humano.

A necessidade em antecipar a licença maternidade por problema de saúde também foi apontada como limitação para o aleitamento materno. Referindo-se à licença maternidade, uma puérpera comentou: *“É, no meu são quatro, mas eu também peguei dois meses antes, porque não agüentava mais as minhas pernas, muita cãibra, eu parei no 7º (sétimo), agora não sei como é que vou fazer.”* (Puérpera E – Cc VIII). Para Santos (2006) faz-se necessário que os profissionais de saúde conheçam a legislação referente à mulher, maternidade e amamentação para que possam esclarecer e assim empoderar as mulheres na busca de seus direitos. Mas este depoimento demonstra que a sociedade atual ainda é carente de mecanismos eficazes para apoiar a mulher que deseja trabalhar e também amamentar. Apesar de reconhecer, baseada nas taxas de aleitamento, que é possível a mulher que trabalha fora do lar amamentar, Vieira (2002, p. 111) afirma que o “trabalho materno é um obstáculo à amamentação.”

6.8 PROFISSIONAIS DA SAÚDE: MEDIADORES DO ALEITAMENTO MATERNO

Uma das grandes possibilidades para o aleitamento materno apontadas neste estudo foi a ajuda profissional, presente nos relatos de todos os círculos de cultura. A importância do trabalho multiprofissional apresentou-se na seguinte fala: *“A fisioterapeuta teve no quarto e ela disse a posição para amamentar.”* (Puérpera B – Cc I). *“Sim. Ela disse, se eu quisesse, sentar na cadeira, e hoje eu vi que é bem melhor do que sentar na cama, fiquei mais relaxada nas costas.”* (Puérpera B – Cc I). *“Um monte de gente falou para mim, o médico também, tem que amamentar, só amamentação até os seis meses, depois complementar, sopinha, papinha, essas coisas. Um monte de gente diz para mim: ah não! A partir do quarto mês já começa a dar um monte de coisa para criança porque o teu leite não vai sustentar, aí eu perguntei para o médico, ele falou: todo o leite sustenta.”* (Puérpera E – Cc III).

Citando alguns dos profissionais como enfermeiro, médico obstetra e pediatra, nutricionista, psicólogo, assistente social,

fonoaudiólogo entre outros, Vieira (2002) enfatiza que para obter sucesso do aleitamento materno, a atuação do pai, dos familiares e também da equipe multidisciplinar são imprescindíveis no apoio à mulher no período pré e pós-natal. A importância do trabalho multiprofissional também é apresentada por Pinto e Vítolo (1996) que trabalharam com um programa de orientação de alta para puérperas envolvendo fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem e medicina, concluem que o esforço de profissionais e acadêmicos na atividade educacional interdisciplinar é benéfico para a população.

A contribuição dos profissionais da enfermagem por várias vezes foi relatada como nestes exemplos: *“Ela disse para mim, que talvez esteja dando peito certo de um lado e do outro lado dando só o bico, e é onde racha.”* (Puérpera I – Cc II). *“A enfermeira me falou agora para espremer um pouquinho.”* (Puérpera D – Cc VIII). *“[...], eu dei mamar só por causa das enfermeiras, eu cheguei em casa e taquei no peito [...].”* (Puérpera E – Cc VIII).

“[...] mas a minha amiga que é enfermeira olhou e ela disse que é está querendo racha.” (Puérpera C – Cc VIII). *“É, depois a menina do Banco de Leite disse que quer conversar comigo para retirar.”* (Puérpera C – Cc VI). Os relatos conferem com o pensamento de Tamez (2002) de que uma equipe de enfermagem com bom treinamento e preparo para atuar no processo de amamentação exerce grande influência na incidência do aleitamento materno onde atua.

Os cursos de gestante também foram citados:

“Eu fiz um curso de gestantes, e falavam sobre amamentação, que tinha que dar de mamar mas esquecer do mundo, só você e teu filho, dizem que não existe leite que não sustente uma criança, sustenta, só que existe o leite que fica amargo por causa das incomodações, do stress da mãe, que fica preocupada, se ela está dando de mamar e fica incomodada porque tem que lavar louça, tem que fazer isso ou aquilo, passa aquilo tudo para criança, ela falou para mim que quando eu for dar de mamar para esquecer do mundo.” (Puérpera E – Cc III).

As reuniões realizadas no puerpério também foram lembradas: *“Por causa desta aula que eu não sofri muito, porque nos outros...”* (Amiga A – Cc IV). *“Foi bem tranqüilo assim... Quando eu ganhei também teve uma reunião assim, e uma mulher me explicou direitinho como dar o peito, mas a minha já saiu mamando da sala de recuperação. [...].”* (Puérpera B – Cc V). O estudo realizado por Pinto et al (1998), que comparou diferentes abordagens educativas no sistema de alojamento conjunto, trabalho individual com orientação junto ao

leito e de grupo com orientações de alta, mostrou que as duas formas de intervenção ocasionam impacto positivo no conhecimento sobre aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido quando comparados ao grupo sem orientação, conforme a rotina do serviço. Outra experiência que envolveu trabalho de grupo foi a de Fonseca et al (2000) que, objetivando construir com a puérpera os conhecimentos sobre aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido utilizaram um jogo educativo, consideram que o jogo contribuiu para ampliar o conhecimento das mulheres acerca do aleitamento materno, do auto cuidado com a mama no puerpério e dos cuidados com o recém-nascido. Os autores descrevem ainda que a atividade lúdico-pedagógica como estratégia de educação em grupo foi considerada pelas puérperas como divertida e estimulante. A ajuda prática prestada pela enfermagem também foi bastante reconhecida como possibilidade: *“Quando eu fui tentar colocar ela sozinha, não sabia dar de mamar, eu chamei a enfermeira para ela me ajudar, ela pegou, desembrulhou ela toda, porque eu estava com ela com cobertor e tudo e querendo dar de mamar para ela.”* (Puérpera F – Cc III). *“Eu na verdade já tive a ajuda antes.”* (Puérpera A – Cc V). *“[...] ela me sugeriu que colocasse o braço para trás e encostasse mais, ela virada para mim.”* (Puérpera B – Cc VII). Assim como o que se evidenciou nos relatos, Tamez (2002) entende que a enfermeira deve envolver a mulher ativamente nos cuidados com o bebê e assim ensiná-la a resolver as dificuldades que possam surgir na amamentação, promovendo uma aprendizagem que a ajude a decidir corretamente.

Foi também identificado o receio de ocorrer gravidez com uso de anticoncepcional oral no período de amamentação, expresso por uma mãe de puérpera: *“É que a gente vê muito isso aí: ah, eu estava amamentando e engravidei tomando comprimido.”* (Mãe A – Cc I).

A ausência de ajuda profissional também foi apontada nos círculos: *“Eu fiquei cinco dias na maternidade e não... Nem elas não me ajudavam.”* (Cunhada A – Cc IV). Não só a ausência como a ajuda profissional inadequada também foi identificada tanto em orientações inapropriadas como em receber receita de leite industrializado na alta da maternidade: *“E os bebês devem mamar de 3/3 horas? É isso que a moça disse lá embaixo.”* (Puérpera D – Cc VII). *“E esse leite Nan que tem, e se costuma dar desde novinho, aqui não é o caso, mas lá no Sul eles normalmente levam do hospital que já pode comprar o Nan também, ele tem alguma diferença?”* (Mãe A – Cc I). É grande a responsabilidade das maternidades por estar junto à mulher e

acompanhantes no início aleitamento materno, desta forma, a Organização Mundial da Saúde considera que “práticas desfavoráveis interferem com a amamentação e contribuem para a disseminação da alimentação artificial.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Ao vivenciarmos este estudo, orientado pelas etapas do itinerário de Paulo Freire percebemos, entre outras coisas, que as possibilidades e limitações apresentadas nestes temas nos sinalizam a enorme importância que o diálogo nas relações de educação em saúde, sem este não seria possível tantas e tão profundas expressões. Nas palavras de Freire (2008, p. 95) o diálogo é verdadeiro quando o pensar dos sujeitos é verdadeiro, este pensar é crítico e “percebe a realidade como processo, que a capta em constante devenir e não como algo estático.” No combate constante ao modo verticalizado que é predominante nas reuniões de puerpéras, buscamos o entendimento do aleitamento como processo para que, através de uma compreensão crítica, os participantes melhorassem o seu conhecimento e a sua autonomia, para Freire (1987, p. 64), nos momentos que “o homem cria, recria e decide” vai se formando a história e é assim que ele deve participar dela. Considera necessária uma atitude crítica permanente, como forma de aprender e interagir com os “temas e tarefas” de sua época.

A mediação que realizamos nos círculos de cultura foi principalmente no sentido de oportunizar manifestações, percebemos diferenças de um círculo para outro e também de um sujeito para outro. Em alguns círculos foi necessário nos empenharmos em deixar os participantes á vontade, em outros o diálogo iniciava naturalmente, sem ou com pouca interferência de nossa parte. Alguns participantes também se mostravam extrovertidos desde o início, outros, mesmo quando incentivados pouco participavam. Porém foi visível que os participantes de todos os círculos, mesmo os que apresentavam poucas verbalizações, mostravam-se atentos ao diálogo. As relações que se estabeleceram entre os participantes eram colaborativas, nestes momentos ficava evidente o papel de mediação e não de controle, de centralização. Ao falar do homem como um ser de relações, Freire (1987, p. 62) refere-se à pluralidade de relações que o homem com o mundo, como, da mesma forma, “não se esgota num tipo padronizado de resposta”. Neste estudo, experienciamos isto com a construção de uma relação horizontal, desde o primeiro contato com as puérperas e acompanhantes percebemos rapidamente que, na participação individual e nas relações que se estabeleceram entre os participantes, havia uma variedade de respostas a cada estímulo recebido.

A importância do profissional da saúde, evidenciada nesta pesquisa, confirma o nosso pensamento de que o profissional de saúde é peça chave na busca para uma educação em saúde de qualidade, que através de relações horizontais e valorização das vivências possa estimular hábitos saudáveis. Zampieri (1998, p. 53) entende que no processo educativo “educar-se dá-se com base no conhecimento de si e através das relações com os outros seres humanos, mediante o compartilhamento de conhecimentos e ações,” sendo, primordial para iniciar e manter este processo, a presença da afetividade, do envolvimento, da comunicação, da alegria e da empatia. No desenvolvimento da educação em saúde com grupos, Wall (2001, p. 3) considera que é necessário estarmos atentos as diferentes características de cada grupo, apesar de enfatizar que o trabalho com grupos precisa ser planejado, ter objetivos claros e meta estabelecida, entende que “o que dá certo para um grupo não pode ser imposto para outro – cada grupo é um grupo”, já que é composto por seres humanos, e cada ser humano é diferente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das possibilidades e limitações identificadas por puérperas e acompanhantes em círculo de cultura concluímos que o trabalho educativo em aleitamento materno é essencial para a elevação dos índices desta prática e assim precisa ser intensificado.

O referencial teórico-metodológico utilizado foi determinante na participação dos sujeitos permitindo que estes pudessem, a partir do diálogo, refletir sobre os temas, adquirir ou remodelar o seu conhecimento e assim modificar ou planejar suas ações em aleitamento materno. A construção do conhecimento através do diálogo nos círculos de cultura demonstra ser primorosa e mostra ser possível, mesmo em um curto período, dar voz aos participantes. O referencial nos permite aprender que os participantes detém razoável conhecimento sobre o tema, dispensando assim um discurso pronto, fechado e verticalizado, que considera o “paciente” o que precisa aprender e o profissional o que precisa ensinar. Inicialmente tinha-mos também a necessidade de ofertar muitas informações, o que foi se modificando ao perceber os participantes, em sua maioria, possuem conhecimento anterior bastante consistente e que, com o estímulo para reflexão, mostram condições de desvelar muitos dos temas, ou ao menos continuar suas reflexões e não apenas seguir orientações e conselhos cegamente.

A investigação temática mostra ser importante e valorosa, pois oportuniza uma participação espontânea e aproxima o mediador dos sujeitos facilitando o diálogo durante o círculo. Permite ao mediador aproximar-se da situação vivenciada pelas puérperas e seus acompanhantes e assim, contribuindo de forma significativa para o aproveitamento destas experiências na construção de uma boa relação dialógica.

O círculo de cultura, a preocupação com o ambiente em fazer com que os sujeitos não se sentissem presentes e sim verdadeiramente participantes, num clima de respeito e valorização, permitiu expressões variadas, inclusive que as contrárias ao que se preconiza para o aleitamento materno fossem reveladas.

Neste contexto, consideramos primordial a etapa da codificação, pois revelou a visão dos participantes sobre o tema e, portanto, oportunizou ao mediador uma abordagem próxima ao que eles conheciam, melhorando o interesse já que eles passaram a sentir-se parte do processo.

Atribuímos o volume considerável das possibilidades e limitações

apresentadas, ao diálogo constante estabelecido nos círculos de cultura. A flexibilidade na inserção e na discussão dos temas, bem como a valorização das expressões e a tentativa constante de envolver todos no diálogo, sem dúvida, favoreceram a manifestação dos participantes. Acreditamos que as duas faces identificadas em alguns temas, tanto como possibilidades quanto como limitação, somente apareceram devido ao círculo de cultura que é composto de diálogo do início ao fim, seja na organização do ambiente, na postura corporal do mediador, ou nas falas propriamente ditas.

Mesmo sem uma listagem pré-definida, os temas, em sua maioria, seguem a linha do aleitamento materno, as possibilidades e limitações identificadas relacionam-se prioritariamente ao conhecimento sobre o manejo do aleitamento materno, especialmente à pega da região mamilo-areolar, à alimentação da nutriz, e às complicações do aleitamento, mostrando a importância de continuar abordando os últimos e que precisamos avançar em estudos sobre o primeiro. O apoio profissional, especialmente da enfermagem, também ocupa posição de destaque como determinante para o início e a manutenção do aleitamento materno, certificando que seu trabalho faz a diferença, que precisa continuar e aperfeiçoar suas ações. As limitações que emergiram dos relatos, estão ligadas principalmente à falta de apoio do círculo de convivência e ao trabalho materno, mostrando que neste último, apesar de ainda controverso para alguns autores, é necessário melhorar as condições e o apoio disponível para que a mulher possa amamentar conforme o preconizado. A falta de apoio do círculo de convivência revela a necessidade de investimentos em vários setores da sociedade.

O desenvolvimento das etapas desta pesquisa foi um constante desafio e o lançamos aos profissionais de saúde, que sendo responsáveis por práticas educativas de grupo em aleitamento materno ou que as incorporem em suas atividades de atendimento a mulheres puérperas, realizando-as de forma aberta e dialógica.

Almejamos, com este estudo, que gestores de instituições que atendem a mulheres puérperas e acompanhantes valorizem e estimulem a educação com grupos oferecendo condições para sua realização, disponibilizando ambiente e materiais adequados e profissionais comprometidos, com habilidades, competências e atitudes condizentes com esta pedagogia.

Com os resultados deste estudo, percebemos que grande parte deste processo está em nossas mãos, pensamos que está na hora de mudar e propomos uma transformação na maneira de realizar as

reuniões de puerpério nas maternidades enfocando o aleitamento materno. Assim sendo, consideramos que esta pesquisa possa servir de suporte para a formulação de políticas públicas envolvendo educação em saúde que façam referência às reuniões de puérperio, estimulando a sua implementação e/ou modificando a sua forma de realização em busca de uma perspectiva libertadora.

REFERÊNCIAS

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

_____. **Conchas não devem ser utilizadas para coletar leite**. Debate na lista eletrônica L-materno@. 2005. Disponível em: <<http://aleitamento.com/>> Acesso em: 14 janeiro 2010.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 315-319, abr./jun. 2007.

ARAÚJO, L. D. S. de. **A construção de um novo olhar no ensino do aleitamento materno**: uma contribuição da educação crítico-reflexiva. Ribeirão Preto, SP: USP, 2005. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

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

BACKES, V. M. S. et al. Educación continua o permanente de los profesionales de salud: el “nombre de la rosa” hace la diferencia?^a. **Revista Panamericana de Enfermería**, México (DF), v. 3, n. 2, p. 125-131, jul./dic. 2005.

BAGNATO, M. H. S. Concepções pedagógicas no ensino de enfermagem no Brasil. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 241-258, set./dez. 1997.

BOEHS, A. E. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-314, abr./jun. 2007.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor - área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. p. 19-26.

BORDENAVE, J. E. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-**

aprendizagem. Petrópolis: Vozes. 2005.

BRANDÃO, C. R. **O que é educação.** 25. ed. São Paulo: Brasiliense. 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aleitamento x mulheres infectadas pelo HIV: recomendações.** Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. Unidade de Promoção à Saúde e Assistência. Brasília (DF): MS, 1995.

_____. Ministério da Saúde. **Comitês de mortalidade materna.** Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de saúde da Mulher. Brasília (DF): MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Instituto de Alimentação e Nutrição. INAN. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno.** Brasília (DF): MS, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de promoção do aleitamento materno: normas técnicas.** Coordenação Materno Infantil. 2. ed. Brasília (DF): MS, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Metas da cúpula mundial em favor da infância: avaliação de meia década, 1990-1995, Brasil.** Brasília (DF): MS/COMIN, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas, Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília (DF): MS, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e estratégicas. Brasília (DF): MS, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.799, de 18 de novembro de 2008. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 19 nov. 2008. Seção 1, p. 124.

_____. Ministério da Saúde. **Rede brasileira de Bancos de Leite Humano.** Disponível em:
<<http://www.fiocruz.br/redeblh/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>
Acesso em: 23 março 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Amamenta Brasil:** caderno do

tutor. Brasília (DF): MS, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>> Acesso em: 21 novembro 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Formação pedagógica em educação profissional na área da saúde: Enfermagem: núcleo estrutural: proposta pedagógica: as bases da ação**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Formação pedagógica em educação profissional na área da saúde: Enfermagem: núcleo integrador: planejando uma prática pedagógica significativa em enfermagem**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

CABRAL, I. E. A contribuição da crítica sensível à produção do conhecimento de Enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 11., 2001, Belém. **Anais...** Belém: ABEN - PA, 2001. p. 1-12.

CARVALHAES, M. A. B. L.; CORRÊA; C. R. H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 79, n. 1, não paginado, jan./fev. 2003. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0021-75572003000100005> Acesso em: 20 de jan. 2010.

CARVALHO, V. L. S.; CLEMENTINO, V. Q.; PINHO, L. M. O. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 243-248, mar/abr. 2008.

CESTARI, M. E. **Vivenciando um processo educativo: um caminho para ensinar-aprender e pesquisar**. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

CHAGAS, N. R. et al. Cuidado crítico e criativo: contribuições da

educação conscientizadora de Paulo Freire para a enfermagem. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 15, n. 2, p. 35-40, ago. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007.** Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>> Acesso em 21 de nov. de 2009.

DELORS, J. (Org.). **Educação: um tesouro a descobrir.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

DYSON, L.; MCCORMICK, F.; RENFREW, M. J. **Intervenciones para promover el inicio de la lactancia materna: systematic review.** La Biblioteca Cochrane Plus, n. 3. 2008. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lang=pt&lib=BCP> Acesso em 14 de mai. de 2010.

FAWCETT, J. **Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories.** 2. ed. F. A. Philadelphia: Davis Company, 2005.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, jan/fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 21 de abr. de 2010.

FIGUEROA, A. A. Tecnologia y Bioética em enfermería: um desafio permanente. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 09-24, jan./abr. 2000.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade: e outros escritos.** 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

_____. **A importância do ato de ler: em três artigos que se completam.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** 3. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

_____. **Educação como prática da liberdade.** 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____. **Educação e mudança.** 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Extensão ou comunicação.** 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1997.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos.** São Paulo: UNESP, 2000.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

FREIRE, P.; BETTO, F. **Essa escola chamada vida: depoimentos ao repórter Ricardo Kotscho.** 9. ed. São Paulo: Ática, 1998.

FONSECA, L. M. M. et al. Utilizando a criatividade na educação em saúde em alojamento conjunto neonatal: opinião de puérperas sobre o uso de um jogo educativo. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 301-310, abr./jun. 2000.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; MELLO, D. F. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, mar/abr. 2002.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200007&lang=pt> Acesso em 02 de mai. de 2010.

FREITAS, M. da C. **Verbetes "Conceito"**. Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia Logos. Lisboa: Verbo, 1989.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Manejo e promoção do aleitamento materno: curso de 18 horas para equipes de maternidades.** Brasília: Brasil, 1993.

_____. Reunião de Innocenti, 1990, Florença. **Declaração de Innocenti**. UNICEF. 1992.

_____. **Promoção e apoio ao aleitamento materno em Hospitais Amigos da Criança**: curso de 20 horas para equipes de maternidade. São Paulo: SES. 2008. [Iniciativa Hospital Amigo da criança, revista, atualizada e ampliada para cuidados integrados, seção 3, Incentivo à amamentação e apoio em um Hospital Amigo da Criança: um curso de 20 horas para equipes de maternidade]

GADOTTI, M. (Org.). **Paulo Freire**: uma bibliografia. São Paulo: Cortez; 1996.

_____. **Paulo Freire**: a prática à altura do sonho. [1996]. Disponível em:
<<http://www.paulofreire.org/Institucional/MoacirGadottiArtigosIt0041>>
Acesso em 15 de nov. de 2009.

GARCIA-MONTRONE, V.; ROSE, J. C. de. Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível sócio-econômico baixo: um estudo preliminar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, jan./mar. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n1/1599.pdf>> Acesso em 24 de jun. de 2009.

GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação exclusiva e sua promoção. In: _____. **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 11-24.

_____. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, supl. 3. 2000. Disponível em:
<<http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-s238/port.pdf>> Acesso em: 15 junho 2009.

_____. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, supl. 5. 2004. Disponível em:
<www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a06.pdf> Acesso em: 15 janeiro 2010.

GUEDES, M. V. C.; SILVA, L. F.; FREITAS, M. C. Educação em saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 662-665, nov/dez. 2004.

HEIDEMANN, I. T. S. B. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire**: possibilidades de sua inserção e limites no

processo de trabalho das equipes de saúde da família. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

HIRATA, M. C. Componente educativo para o aleitamento materno. **Hiléia Médica**, Belém, v. 3, n. 2, p. 141-150. 1981.

KING, F. S. **Como ajudar as mães a amamentar**. 3. ed. Brasília: MS, 2004.

KING, I. M. Concepts: essential elements of theories. **Nursing Science Quarterly**, Tampa, v. 1. n. 1, 22-25, feb. 1988.

KLEBA, E. M. Educação em saúde na assistência em enfermagem: um estudo de caso em unidade básica de saúde. In: _____. **Pensar o cotidiano**: educação em saúde e a práxis da enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1999. p. 121-163.

KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. **The optimal duration of exclusive breastfeeding**: a systematic review. Genebra: OMS, 2002.

LANGDON, E. J. Cultura e os processos de saúde doença. In: Seminário de Cultura, Saúde e Doença, 2003, Londrina. **Anais...** Londrina: MS. 2003.

LEÓN-CAVA, N. et al. **Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna**: reseña de la evidencia. Washington (DC): OPAS, 2002.

LIBÂNEO, J. C. **Democratização da escola pública**: a pedagogia crítico social dos conteúdos. 11. ed. São Paulo: Loyola. 1993.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez. 1990.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. Afonso de. Métodos de coletas de dados: observação, entrevista e análise documental. In: _____. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPT, 1986. p. 25-44.

MINAYO, M. C. de S.; COIMBRA JR., C. E. (Org.). **Críticas e atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2005.

MINAYO M. C. de S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. de S. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia?

Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 42-64. 1994.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. Introdução: notas para um debate. In: _____. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2007. p. 23-71.

MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, jul./ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000400008&script=sci_arttext> Acesso em: 16 junho 2009.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino aprendizagem na formação do profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900018&script=sci_arttext> Acesso em: 15 novembro 2009.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia de Alojamento Conjunto. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MORSE, J. M.; FIELD, P. Reporting Qualitative Research. In: _____. **Qualitative research methods for Health professionals**. 2. ed. Thousands Oaks: Sage Publications. 1995. p. 171-180.

NEVES, E. P.; GONÇALVES, L. H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3., 1984, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1984. p. 210-229.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Aconselhamento em amamentação**: um curso de treinamento. Genebra: OMS. 1993.

_____. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno**. Brasília: OPAS. 2001.

_____. **The optimal duration of exclusive breastfeeding**. Disponível em: <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/not_2001-07.html> Acesso em: janeiro 2009.

- _____. **Declaração de Alma-Ata.** Alma-Ata - URSS, 1978.
Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 23 março 2009.
- PANPLONA, V. Aspectos psicológicos na lactação. In: _____.
Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 96-105.
- PERRENOUD, P. **10 novas competências para ensinar.** Porto Alegre: Artmed. 2000.
- PINTO, L. M. et al. Estudo comparativo entre diferentes abordagens educativas no sistema de alojamento conjunto. **Rev. Ciênc. Méd.,** Campinas, v. 7, n. 3, p. 95-102, set-dez. 1998.
- PINTO, L. M.; VÍTOLO, M. R. O impacto das orientações de alta na aquisição de conhecimento pelas puérperas em alojamento conjunto. **Revista de Ciências Médicas,** Campinas, v. 5, n. 1, p. 15-20, jan./abr. 1996.
- POLI, L. M. C. **O processo de aleitamento materno na perspectiva do cuidado cultural de enfermagem.** Florianópolis, SC: UFSC, 2000. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina/Universidade Federal do Paraná, 2000.
- RAMOS, F. R. S. O processo de trabalho de educação em saúde. . In: _____. **Pensar o cotidiano:** educação em saúde e a práxis da enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1999. p. 15-63.
- REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. 195-204. 2003. Bimestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700005&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 21 novembro 2009.
- REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L do. **Inovação e educação em enfermagem.** Florianópolis: Cidade Futura. 2006.
- REGO, J. D. **Aleitamento materno.** São Paulo: Atheneu, 2001.
- REZENDE, M. A. et al. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Rev Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, mar./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104->

11692002000200017&script=sci_arttext> Acesso em: 16 novembro 2009.

ROZÁRIO, P. S. do; ZAGONEL, I. P. S. Proposta de cuidar com enfoque educativo às mães em aleitamento materno. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. 3, p. 401-409, jun/set. 2000.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, abr./jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=pt&nrm=iso&tlng=es> Acesso em: 16 junho 2009.

SANTOS, E. K. A. dos. Legislação e NBCL. Proteção legal à maternidade e à amamentação no Brasil. In: _____. **Aleitamento materno**: manual de orientação. São Paulo: Pronto, 2006. p. 148-159.

SAUPE, R.; BRITO, V. H.; GIORGI, M. D. M. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire não pensar e agir da enfermagem. In: _____. **Educação em enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1998. p. 244-270.

SAVIANI, D. **Pedagogia histórico-crítica**: primeiras aproximações. São Paulo: Cortez e Autores Associados. 1991.

SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, ago. 2005

SOUZA, L. M. B. da M.; ALMEIDA, J. A. G. de. **História da alimentação do lactente no Brasil**: do leite fraco à biologia da excepcionalidade. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

TACLA, M. T. G. M. Ouvir, entender e orientar. In: _____. **Aleitamento materno**: manual prático. 2. ed. Londrina: Athalaia, 2006.

TAMEZ, R. N. Atuação de enfermagem. In: _____. **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 115-131.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Nursing theory**: utilization e application. 3. ed. St. Louis: Elsevier Health Sciences, 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.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis (RJ): Vozes, 2003.

VALDÉS, V.; SÁNCHEZ, A. P.; LABBOK, M. **Manejo clínico da lactação**: assistência à nutriz e ao lactente. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

VANNUCCHI, A.; SANTOS, W. dos; FREIRE, P. **Paulo Freire ao vivo**: gravação de conferências com debates realizados na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Sorocaba. (1980-1981). São Paulo: Loyola. 1983.

VAUCHER, A. L. I.; S. DURMAN. Amamentação: crenças e mitos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 02, p. 207-214. 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/original_09.htm> Acesso em: 18 janeiro 2010.

VILA, A. C. D.; VILA, V. S. C. Trends of knowledge production in health education in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, nov./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600019> Acesso em: 21 abril 2010.

VIEIRA, L. B. Pré e pós-natal. In: _____. **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 106-114.

WALL, M. L. **Tecnologias educativas**: subsídios para a assistência de enfermagem a grupos. Goiânia: AB, 2001.

ZAMPIERI, M. F. M. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ declaro, por meio deste termo, que concordo em participar da pesquisa que fará parte da Dissertação de Mestrado, intitulada: Aleitamento Materno: Educação Libertadora com Grupos no Alojamento Conjunto, pela mestrandia Eliana Wiggers (pesquisadora principal) da Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC.

Fui informado (as), que a pesquisa é orientada pela Professora Doutora Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos (pesquisadora responsável) e que poderei contatar ou consultar as mesmas a qualquer momento que julgar necessário através dos telefones e/ou endereços eletrônicos abaixo.

Afirmo que aceito participar do estudo por vontade própria, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais busca compreender em círculo de cultura, as possibilidades e limitações que puérperas e acompanhantes identificam para a prática do aleitamento materno.

Fui também esclarecido (a) de que o uso das informações por nós oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio da participação na atividade educativa de grupo com outras mulheres e acompanhantes internadas nesta unidade.

Durante a reunião, haverá gravação, registro fotográfico, e escrito realizado por uma auxiliar de pesquisa a partir da assinatura ou impressão dactiloscópica desta autorização, mas apenas a pesquisadora e/ou sua orientadora terão acesso aos dados coletados e farão a sua análise.

Estou ciente de que, caso tenha dúvidas ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar a pesquisadora (principal) ou sua orientadora

(responsável), ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, situado no Campus Universitário, no Bairro Trindade.

A pesquisadora principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste termo - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado (a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

São José, ____ de _____ de ____.

Assinatura do (a) ou impressão dactiloscópica do participante:

Assinatura das pesquisadoras:

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos
Wiggers

Eliana

Pesquisadora Responsável
Pesquisadora Principal

TELEFONES ENDEREÇOS ELETRÔNICOS PARA CONTATO:

(0xx48) 3721-9480 / gregos@matrix.com.br

(0xx48) 3246-6588 / eliana@berkenbrock.com.br

**APÊNDICE C - QUADROS DE CONVERGÊNCIA DAS
POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES PARA A PRÁTICA DO
ALEITAMENTO MATERNO IDENTIFICADAS POR
PUÉRPERAS E ACOMPANHANTES EM CÍRCULO DE
CULTURA**

POSSIBILIDADES

| Círculo de cultura I | | |
|--|---|--|
| Expressão verbal dos sujeitos participantes | Desvelamento primário | Círculos presentes |
| <i>“Então não tem nada a ver com o que a mãe come?” (Mãe A – Cc I)</i> | Conhecer sobre alimentação da nutriz. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc V, Cc VI, Cc VII |
| <i>“Não, mas o meu filho, eu dei até três anos, eu dava chazinho depois do banho e não teve problema.” (Mãe A – Cc I).</i> | Utilizar chá como complemento alimentar. | Cc I |
| <i>“Meu marido mamou até os 6 nos de idade.” (Puérpera A – Cc I).</i> | Ter exemplo familiar. | Cc I |
| <i>“Ô, inteligente na escola.” (Mãe A – Cc I).</i> <i>“Sim, bem calmo. Eu saio com ele em qualquer lugar e não tem problema, ele senta e fica ali quietinho, não incomoda. E o outro que eu não amamentei...” (Mãe A – Cc I).</i> <i>“É assim, sabe, carinhoso...” (Mãe A – Cc I).</i> | Perceber as vantagens de filhos amamentados. | Cc I |
| <i>“A fisioterapeuta teve no quarto e ela disse a posição para amamentar.” (Puérpera B – Cc I).</i> <i>“Sim. Ela disse, se eu quisesse, sentar na cadeira, e hoje eu vi que é bem melhor do que sentar na cama, fiquei mais relaxada nas costas.” (Puérpera B – Cc I).</i> | Ter ajuda profissional. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc IV Cc V, Cc VI, Cc VII, CcVIII |
| <i>“Emagrece também.” (Puérpera C – Cc I).</i> | Conhecer as vantagens do aleitamento materno para a mulher. | Cc I, Cc IV, Cc V |
| <i>“A nossa que diga, estão quase subindo na parede do prédio para ver.” (Companheiro A – Cc I).</i> | Ter a família presente. | Cc I |
| <i>[...] o certo é deixar começar em</i> | Conhecer sobre | Cc I, Cc II, Cc V, |

| | | |
|--|-----------------------------|--------|
| <i>num, esvaziar aquele e aí passar para o outro, não é? Porque se não toma esse último leite ele não cria peso, acha que o bebê não está mamando, que o leite não é forte.” (Puérpera B – Cc I)</i> | composição do leite materno | Cc VII |
|--|-----------------------------|--------|

| Círculo de cultura II | | |
|--|--|-----------------------------------|
| Expressão verbal dos sujeitos participantes | Desvelamento primário | Círculos presentes |
| <p>“Hoje não, hoje a gente já tem experiência, já sabe como lidar e ajuda quem está do lado e está precisando.” (Puérpera B – Cc II).</p> <p>“Com certeza, tanto para gente como para a pessoa que está do lado que não tem experiência, como eu que estou com ela agora, a minha vizinha de quarto, ela não tem muita experiência então eu já dei várias dicas para ela.” (Puérpera B – Cc II).</p> | Ser experiente. | Cc II, Cc IV |
| <p>“Tem que adaptar o bebê a nossa alimentação, porque quem está chegando é o bebê, não adianta a gente se adaptar à alimentação dele porque para ele praticamente é só o nosso leite e a gente não vai viver só em função do leite do bebê? Não vou comer isso, não vou comer aquilo. A gente tem que comer vitamina para passar para o leite também. Senão, no final, não vamos ter vitamina nenhuma.” (Puérpera G – Cc II).</p> | Conhecer sobre alimentação da nutriz. | Cc I, Cc III, Cc V, Cc VI, Cc VII |
| <p>“Até os dois anos é que indicam.” (Puérpera F – Cc II).</p> | Conhecer sobre duração da amamentação. | Cc VIII |
| <p>“Tem que ir tirando aos poucos, não é?” (Puérpera F – Cc II).</p> | Realizar o desmame gradativamente. | Cc VIII |
| <p>“Até agora, mesmo amamentando nesse eu sinto que o outro parece que está inchando.” (Puérpera F – Cc II).</p> <p>“Às vezes chega a fisgar, ou melhor, se você está longe do bebê você sente o seio, começa a arder o bico do seio. Eu mesmo digo: sou mãe e mãe sente!”</p> | Perceber as reações corporais na lactação. | Cc II, Cc VII |

| | | |
|--|---|--|
| <i>(Puérpera B – Cc II). “É, quando ele pega eu sinto cólica.” (Puérpera A – Cc II).</i> | | |
| <i>“Tem o final do leite que é o leite gordo, que é o que engorda o neném.” (Puérpera D – Cc II).</i> | Conhecer sobre composição do leite materno | Cc I, Cc II, Cc V, Cc VII |
| <i>“Ou com a mão também.” (Puérpera F – Cc II).</i> | Conhecer sobre ordenha manual. | Cc II, Cc III, Cc VIII |
| <i>“Pega em volta do mamilo e se doer está errado.” (Puérpera F – Cc II). “Tem que pegar no mamilo todo.” (Puérpera F – Cc II).</i> | Conhecer sobre pega da região mamilo-areolar. | Cc II, Cc IV, Cc VI, Cc VII |
| <i>“Ela disse para mim, que talvez esteja dando peito certo de um lado e do outro lado dando só o bico, e é onde racha.” (Puérpera I – Cc II).</i> | Ter ajuda profissional. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc IV Cc V, Cc VI, Cc VII, CcVIII |

| Círculo de cultura III | | |
|---|---------------------------------------|--|
| Expressão verbal dos sujeitos participantes | Desvelamento primário | Círculos presentes |
| <i>[...] que tomar leite, refrigerante, achocolatado, eu acho que já na maternidade deveria ser falado mais ou menos principalmente aos marinhos de primeira viagem a dieta, para saber o que você pode comer, para dar o peito para o teu neném e não arrebentar, porque daí dá cólica. [...] pelo fato de a mãe comer coisas que afetam o leite, e a gente sabe que realmente afeta, não é?” (Puérpera A – Cc III).</i> | Conhecer sobre alimentação da nutriz. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc V, Cc VI, Cc VII |
| <i>“E assim, o negócio de dar a chuquinha, porque quando a gente chega em casa, eu já vi um médico falando até na a televisão, que tomar leite, refrigerante, achocolatado, eu acho que já na maternidade deveria ser falado mais ou menos principalmente aos marinhos de primeira viagem a dieta, [...]” (Puérpera A – Cc III). “Quando eu fui tentar colocar ela sozinha, não sabia dar de mamar, eu chamei a enfermeira para ela me ajudar, ela pegou desembrulhou ela</i> | Ter ajuda profissional. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc IV Cc V, Cc VI, Cc VII, CcVIII |

| | | |
|---|---|---|
| <p>toda, porque eu estava com ela com cobertor e tudo e querendo dar de mamar para ela.” (Puérpera F – Cc III).</p> <p>“Ontem a enfermeira falou para mim, porque a minha menina pegou no peito e ontem ela estava mamando bastante, uma hora, uma hora e meia ficando no peito, se ela dormir mexe na orelhinha, no pezinho, e se ela dormir por mais de três horas, vai lá e vê se tem que trocar a fralda, só para mexer nela, para ela acordar e coloca no peito de novo, não vai deixar a menina porque está dormindo, quatro horas, cinco horas.” (Puérpera E – Cc III).</p> <p>“Eu fiz um curso de gestantes, e falavam sobre amamentação, que tinha que dar de mamar mas esquecer do mundo, só você e teu filho, dizem que não existe leite que não sustente uma criança, sustenta, só que existe o leite que fica amargo por causa das incomodações, do stress da mãe, que fica preocupada, se ela está dando de mamar e fica incomodada porque tem que lavar louça, tem que fazer isso ou aquilo, passa aquilo tudo para criança, ela falou para mim que quando eu for dar de mamar para esquecer do mundo.” (Puérpera E – Cc III).</p> <p>“Um monte de gente falou para mim, o médico também, tem que amamentar, só amamentação até os seis meses, depois complementar, sopinha, papinha, essas coisas. Um monte de gente diz para mim: ah não! A partir do quarto mês já começa a dar um monte de coisa para criança porque o teu leite não vai sustentar, aí eu perguntei para o médico, ele falou: todo o leite sustenta.” (Puérpera E – Cc III).</p> | | |
| <p>[...] Quando ele quer mamar muitas vezes e pega errado, porque que estás com pressa, ou você está muito</p> | <p>Conhecer sobre prevenção de fissuras da região mamilo-</p> | <p>Cc III, Cc IV, Cc V, Cc VI, Cc VII</p> |

| | | |
|---|----------------------|--------|
| <p><i>nervosa, e isso eu sei que arrebenta o peito mesmo, porque daí pegou errado. E cólica, principalmente, porque daí ele quer mamar, e eu já vi muito isso, porque e ele mama muito além da conta,[...]” (Puérpera A – Cc III).</i></p> <p><i>“Não passar sabonete, nem no bico, nem na aréola, só passar água quente mesmo.” (Puérpera G – Cc III).</i></p> | areolar. | |
| <p><i>“E assim, o negócio de dar a chuquinha, porque quando a gente chega em casa, eu já vi um médico falando até na a televisão, que tomar leite, refrigerante, achocolatado, eu acho que já na maternidade deveria ser falado mais ou menos principalmente aos marinhos de primeira viagem a dieta, para saber o que você pode comer, para dar o peito para o teu neném e não arrebentar, porque daí dá cólica. Quando ele quer mamar muitas vezes e pega errado, porque que estás com pressa, ou você está muito nervosa, e isso eu sei que arrebenta o peito mesmo, porque daí pegou errado. E cólica, principalmente, porque daí ele quer mamar, e eu já vi muito isso, porque e ele mama muito além da conta, além do que ele deve mamar pelo fato de a mãe comer coisas que afetam o leite, e a gente sabe que realmente afeta, não é?” (Puérpera A – Cc III).</i></p> <p><i>“Quando eu casei, eu era meio estressada com a casa limpa, com as coisas, depois que eu engravidei do meu menino que tem um ano, a casa pode estar virada de perna para o ar, o meu marido que vai almoçar 1h, 2h da tarde, se não quiser, ele que vá fazer almoço. Mas eu não deixo de cuidar, primeiro o banho dele, a comida dele, depois é a nossa. O tempo precioso que você perde com os filhos até 7,8 anos, é para a vida toda, porque a minha também tem 14 e eu continuo perdendo tempo com ela. Porque o tempo que</i></p> | Ficar despreocupada. | Cc III |

| | | |
|--|---------------------------------------|-------------------------------|
| <p><i>“você perde com o filho, você vai ver o quanto teu filho é maravilhoso, que o filho retribui isso para ti. Eu tenho uma filha que é maravilhosa, ela está em casa com pequenininho, ela já deu um banho ela já deu o mamar, e sei que ela fica realmente com ele, ela não vai judiar dele, não vai maltratar, são coisas que você cultiva com o teu filho, desde pequenininho. Ele com um aninho, eu já digo para ele: o maninho vai nascer ele vai chorar, e ele já sabe, é super carinhoso. E isso vem desde o amamentar, a minha é um grude só.”</i> (Puérpera A – Cc III).</p> | | |
| <p><i>“Todo o leite sustenta, quanto mais estimular, quanto mais der mamar, mais leite vai ter, só que tem gente que, às vezes, passa muito tempo sem dar de mamar, então não é que o leite não está sustentando ou que é fraco.”</i> (Puérpera A – Cc III).</p> | <p>Não acreditar em leite fraco.</p> | <p>Cc III</p> |
| <p><i>“Eu só conseguia dar de mamar para minha filha quando eu tirava em casa um pouco do leite, e aí dava um pouco de ponta no bico para ela poder sugar, para poder pegar, se não é não conseguia dar de mamar.”</i> (Puérpera A – Cc III). <i>“Ah! Com a mão. O que eu fazia? Eu pegava...”</i> (Amiga A – Cc III).</p> | <p>Conhecer sobre ordenha manual.</p> | <p>Cc II, Cc III, Cc VIII</p> |

| Círculo de cultura IV | | |
|--|--------------------------------|---|
| Expressão verbal dos sujeitos participantes | Desvelamento primário | Círculos presentes |
| <p><i>“Mas a orientação de dar de mamar é uma grande vantagem.”</i> (Amiga A – Cc IV). <i>“Eu tive o meu aqui, tem dois anos, mas eu aprendi muita coisa, isso que o meu outro tinha, na época, 17 anos. A gente aprende muita coisa, pega mais experiência.”</i> (Amiga A – Cc IV). <i>“Por causa desta aula que eu não sofri muito, porque nos outros...”</i> (Amiga A – Cc IV).</p> | <p>Ter ajuda profissional.</p> | <p>Cc I, Cc II, Cc III, Cc IV Cc V, Cc VI, Cc VII, CcVIII</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>“É, peguei experiência e já passei para um monte de amigas, eu conheço uma que tirou mamar do neném com dois meses para os seios não caírem, quem põe filho no mundo não pode pensar nisso, eu aconselhei um monte ela, mas não adiantou.” (Amiga A – Cc IV).</p> | <p>Ser experiente.</p> | <p>Cc II, Cc IV</p> |
| <p>“Mas não cai, se souber cuidar, não deixar o neném pendurado, não cai.” (Puérpera A – Cc IV). “Não dar de mamar e não tirar o leite.” (Amiga A – Cc IV).</p> | <p>Conhecer cuidados para evitar queda das mamas.</p> | <p>Cc IV</p> |
| <p>“Congelar, não é?” (Puérpera B – Cc IV).</p> | <p>Conhecer a conservação e utilização do leite ordenhado.</p> | <p>Cc IV, Cc VI, Cc VIII</p> |
| <p>“Porque mama na ponta.” (Puérpera A – Cc IV).</p> | <p>Conhecer sobre prevenção e tratamento de fissuras da região mamilo-areolar.</p> | <p>Cc III, Cc IV, Cc V, Cc VI, Cc VII</p> |
| <p>“É, pegar ela pega.” (Puérpera B – Cc IV). “Mas até que mamou bem, até saiu aquele leite do lado da boca.” (Amiga A – Cc IV).</p> | <p>Conhecer sobre pega da região mamilo-areolar.</p> | <p>Cc II, Cc IV, Cc VI, Cc VII</p> |
| <p>“Coisa boa, tu podes passear e a comida leva junto, não tem coisa melhor.” (Cunhada A – Cc IV). “Se tu tirar o peito tem que levar mamadeira, leite.” (Amiga A – Cc IV).</p> | <p>Conhecer as vantagens do aleitamento materno para a mulher.</p> | <p>Cc I, Cc IV, Cc V</p> |
| <p>“Bota nada, tem que mostrar, amamentar é a coisa mais bonita que tem, a mãe não pode ter vergonha nenhuma.” (Amiga A – Cc IV). “Eu acho que não tenho porque ali no quarto, passa o marido da outra mulher e eu não me importo, eu pensei que ia ligar, mas não.” (Puérpera B – Cc IV).</p> | <p>Não ter vergonha de amamentar em público.</p> | <p>Cc IV</p> |

| Círculo de cultura V | | |
|--|--|---|
| Expressão verbal dos sujeitos participantes | Desvelamento primário | Círculos presentes |
| <p>“Para não rachar.” (Puérpera B – Cc V).</p> <p>“Se não está sentido dor e se está dentro da boca dele.” (Puérpera C – Cc V).</p> <p>“Tirar é colocar de novo.” (Puérpera C – Cc V).</p> <p>“Coloca o dedo na pontinha da boca para ele chupar o dedo e não rachar o bico do peito.” (Puérpera C – Cc V).</p> | <p>Conhecer sobre prevenção e tratamento de fissuras da região mamilo-areolar.</p> | <p>Cc III, Cc IV, Cc V, Cc VI, Cc VII</p> |
| <p>“Foi bem tranquilo assim... Quando eu ganhei também teve uma reunião assim, e uma mulher me explicou direitinho como dar o peito, mas a minha já saiu mamando da sala de recuperação. [...]” (Puérpera B – Cc V).</p> <p>“Eu na verdade já tive a ajuda antes.” (Puérpera A – Cc V)..</p> | <p>Ter ajuda profissional.</p> | <p>Cc I, Cc II, Cc III, Cc IV Cc V, Cc VI, Cc VII, CcVIII</p> |
| <p>“Tudo bem, ele raramente tem uma febrezinha, essas coisas de criança, nunca teve, é bem forte, come bastante.” (Puérpera B – Cc V).</p> <p>“Bem, acho que febre, que eu lembre uma vez, gripe, essas coisas assim, raramente dá.” (Puérpera E – Cc V).</p> <p>“Infecção.” (Puérpera A – Cc V).</p> <p>“Pneumonia.” (Puérpera A – Cc V).</p> <p>“Até hoje ela nunca teve essas coisas assim.” (Puérpera E – Cc V).</p> | <p>Conhecer as vantagens do aleitamento materno para a criança.</p> | <p>Cc V, CcVIII</p> |
| <p>“Mais prático.” (Puérpera E – Cc V).</p> <p>“Para mim é mais prático.” (Puérpera E – Cc V).</p> | <p>Conhecer as vantagens do aleitamento materno para a mulher.</p> | <p>Cc I, Cc IV, Cc V</p> |
| <p>“É gratificante.” (Puérpera E – Cc V).</p> | <p>Ter prazer em amamentar.</p> | <p>Cc V</p> |
| <p>“Não, cada mamada em um peito.” (Puérpera F – Cc V).</p> <p>“Porque o leite gordo vem no final.” (Puérpera F – Cc V).</p> <p>“Eu acho que não é uma questão de leite fraco, é questão de você saber se o bebê chegou a tomar até o último leite ou não, acontece de ele cochilar e</p> | <p>Conhecer sobre composição do leite materno.</p> | <p>Cc I, Cc II, Cc V, Cc VII</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p><i>se a gente vai lá e tira, ele não chegou a pegar outro leite, se passa para outro peito, acontece a mesma coisa.” (Puérpera A – Cc V).</i></p> | | |
| <p><i>“A minha amiga mora lá em Ganchos, Governador Celso Ramos, na primeira semana ela dá-lhe a comer camarão, comer tainha, que é bem gordurosa e a menina dela não teve nada de cólica.” (Puérpera A – Cc V).</i></p> <p><i>“E se eu falar para vocês que quando eu ganhei o outro nenê, eu ganhei de madrugada, era final de semana, no outro dia ao meio-dia veio maionese super temperada, arroz e feijão, galinha assada, no outro dia bife acebolado, e isso dentro do hospital, então eu acho que não tem essa, eu continuei comendo tudo em casa e a minha filha nunca teve cólica.” (Puérpera E – Cc V).</i></p> <p><i>“Para você poder ter leite, você precisa comer várias frutas.” (Puérpera D – Cc V).</i></p> <p><i>“A laranja tem vitamina C e o bebê precisa, e a gente precisa mais ainda, são várias coisas.” (Puérpera E – Cc V).</i></p> | <p>Conhecer sobre alimentação da nutriz.</p> | <p>Cc I, Cc II, Cc III, Cc V, Cc VI, Cc VII</p> |

| Círculo de cultura VI | | |
|--|--|---|
| Expressão verbal dos sujeitos participantes | Desvelamento primário | Círculos presentes |
| <p><i>“Pegar o seio todo.” (Puérpera A – Cc VI).</i></p> <p><i>“Aí dificulta para o bebê” (Puérpera A – Cc VI).</i></p> <p><i>“Começa a dar rachadura, isso dói um monte.” (Puérpera A – Cc VI).</i></p> | <p>Conhecer sobre a pega da região mamilo-areolar.</p> | <p>Cc IV, Cc VI, Cc VII</p> |
| <p><i>“É, depois a menina do Banco de Leite disse que quer conversar comigo para retirar.” (Puérpera C – Cc VI).</i></p> | <p>Ter ajuda profissional.</p> | <p>Cc I, Cc II, Cc III, Cc IV Cc V, Cc VI, Cc VII, CcVIII</p> |
| <p><i>“Nós conseguimos uma lista de vinte e poucas comidas, principalmente a comida com acidez, conservantes, frituras. Frituras são terríveis, se já dá</i></p> | <p>Conhecer sobre alimentação da nutriz.</p> | <p>Cc I, Cc II, Cc III, Cc V, Cc VI, Cc VII</p> |

| | | |
|--|--|------------------------------------|
| <i>azia para nós, imagine para uma criança.” (Companheiro A – Cc VI).</i> | | |
| <i>“Eu estava colocando o leite do peito.” (Puérpera A – Cc VI).</i> | Conhecer sobre prevenção de fissuras da região mamilo-areolar. | Cc III, Cc IV, Cc V, Cc VI, Cc VII |
| <i>“E a conservação, no que gente tira, coloca numa coisinha esterilizada, e vai para o freezer ou para a geladeira?” (Puérpera A – Cc VI). “E no microondas pode?” (Puérpera A – Cc VI). “Ah, isso é um alívio.” (Puérpera A – Cc VI). “Não, eu queria saber era do leite se tem o congelado, se pode colocar outro em cima.” (Puérpera A – Cc VI).</i> | Conhecer a conservação e utilização do leite ordenhado. | Cc IV, Cc VI, Cc VIII |

| Círculo de cultura VII | | |
|---|---|--|
| Expressão verbal dos sujeitos participantes | Desvelamento primário | Círculos presentes |
| <i>“Sei que quando saímos daqui terão vários conselhos sobre coisas para colocar no peito, queria saber o que devemos colocar?” (Puérpera C – Cc VII).</i> | Conhecer sobre prevenção e tratamento de fissuras da região mamilo-areolar. | Cc III, Cc IV, Cc V, Cc VI, Cc VII |
| <i>“Eu percebi que quando ela mama no bico dói, quando eu consegui fazer com que ele pegasse mais, coloquei mais dentro da boca dele, doeu bem menos e eu percebia que ele estava sugando.” (Puérpera B – Cc VII). “É isso, ela chorava mais, queria mamar toda hora.” (Puérpera B – Cc VII).</i> | Conhecer sobre a pega da região mamilo-areolar. | Cc IV, Cc VI, Cc VII |
| <i>“Eu coloquei o bebê um pouco com pressa e ela estava com o braço na frente e um pouco virada para cima, então [...]” (Puérpera B – Cc VII).</i> | Conhecer sobre a posição para segurar o bebê. | Cc VII |
| <i>“[...] ela me sugeriu que colocasse o braço para trás e encostasse mais, ela virada para mim.” (Puérpera B – Cc VII).</i> | Ter ajuda profissional. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc IV, Cc V, Cc VI, Cc VII, Cc VIII |
| <i>“É, agora estou bem mais calma e já</i> | Ter tranquilidade | Cc VII |

| | | |
|---|---|--|
| <p>sei.” (Puérpera B – Cc VII).</p> <p>“Eu também.” (Puérpera A – Cc VII).</p> <p>“É o que nós te perguntamos no quarto, eu e minha acompanhante, estávamos preocupadas se havia horário para amamentar, agora estou mais tranqüila.” (Puérpera D – Cc VII).</p> | | |
| <p>“E a chupeta atrapalha amamentação? [...]” (Puérpera C – Cc VII).</p> <p>“Então eu posso não dar, é possível?” (Puérpera C – Cc VII).</p> | Conhecer sobre o uso de chupeta | Cc VII |
| <p>“E sobre comida, o que a gente deve comer? [...]” (Puérpera C – Cc VII).</p> <p>“É verdade, como deve ser sempre para todo mundo.” (Puérpera B – Cc VII).</p> <p>“Isso é novidade, eu não sabia.” (Puérpera C – Cc VII).</p> <p>“Então mesmo cuidando da alimentação o bebê pode ter cólica?” (Puérpera C – Cc VII).</p> | Conhecer sobre alimentação da nutriz. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc V, Cc VI, Cc VII |
| <p>“E a alternância das mamas, deve ser feita na mesma mamada ou em manadas seguidas?” (Companheiro A - Cc VII).</p> <p>“O bebê não vai pegar o leite gordo.” (Puérpera E – Cc VII).</p> <p>“Nossa, que interessante, isso não sabia, quanta coisa a gente aprende.” (Puérpera C – Cc VII).</p> | Conhecer sobre composição do leite materno. | Cc I, Cc II, Cc V, Cc VII |
| <p>“Nós lemos e procuramos na Internet.” (Companheiro A - Cc VII).</p> | Buscar conhecimento sobre AM. | Cc VII |
| <p>“Lembro, estava com cólica.” (Puérpera A – Cc VII).</p> <p>“[...] então, se eu continuasse assim, eu poderia realmente não ter.” (Puérpera B – Cc VII).</p> | Perceber as reações corporais na lactação. | Cc II, Cc VII |

| Círculo de cultura VIII | | |
|---|--|------------------------------|
| Expressão verbal dos sujeitos participantes | Desvelamento primário | Círculos presentes |
| <p>“Eu doeï dois ou três vidros [...] eu fervia os vidrinhos e colocava de cabeça para baixo e eu enchia, às vezes dava a metade, às vezes dava</p> | <p>Conhecer a conservação e utilização do leite ordenhado.</p> | <p>Cc IV, Cc VI, Cc VIII</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p><i>cheio, [...]” (Puérpera A – Cc VIII).</i></p> <p><i>“Mas quinze dias congelado? E depois, desgela em banho-maria? Pode descongelar tudo? (Puérpera B – Cc VIII).</i></p> <p><i>“No caso da minha filha, é porque ela vai estudar, e então já tem que colher de manhã, para deixar para tarde e até a noite ela voltar.” (Mãe B - Cc VIII).</i></p> | | |
| <p><i>“Eu vejo que ele chega a fazer bolinhas quando ele suga o leite, dá para ver que ele suga, que não fica só ali com o bico na boca, [...]” (Puérpera C – Cc VIII).</i></p> | Ter certeza da boa sucção do bebê e da saída do leite na mamada. | Cc VIII |
| <p><i>“Para mim o importante é estar bem, [...]” (Puérpera E – Cc VIII).</i></p> | Sentir-se bem. | Cc VIII |
| <p><i>“É, e elas tentavam de todo jeito, empurravam a cabecinha, encaixavam a cabecinha e não ia.” (Puérpera E – Cc VIII).</i></p> <p><i>“A enfermeira me falou agora para espremer um pouquinho.” (Puérpera D – Cc VIII).</i></p> <p><i>“[...] eu dei mamar só por causa das enfermeiras, eu cheguei em casa e taquei no peito [...]” (Puérpera E – Cc VIII).</i></p> <p><i>“[...] mas a minha amiga que é enfermeira olhou e ela disse que é está querendo rachar.” (Puérpera C – Cc VIII).</i></p> <p><i>“[...] satisfiz a minha necessidade também, tirei as minhas dúvidas.” (Mãe A – Cc VIII).</i></p> <p><i>“Eu tenho as minhas amigas que suprem as minhas necessidades também.” (Puérpera D – Cc VIII).</i></p> | Ter ajuda profissional. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc IV Cc V, Cc VI, Cc VII, CcVIII |
| <p><i>“A minha amiga me ensinou também, e a senhora pode responder se está certo ou não, eu comprei aquela concha e ela disse para mim que sempre que eu não estiver amamentando, deixar o máximo de tempo com aquela concha, porque o bico fica umedecido.” (Puérpera C – Cc VIII).</i></p> <p><i>“É que eu disse para ela, a filha dela está no mesmo quarto comigo, ela tem</i></p> | Utilizar concha para amamentação como prevenção de fissuras e ingurgitamento. | CcVIII |

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| <p><i>a mesma conchinha que eu, e com a concha vai saindo leite, não tem como empedrar.” (Puérpera C – Cc VIII).</i></p> | | |
| <p><i>“E no caso quando tem muito, é normal tirar com aquela bombinha quando chegar em casa, pode tirar normal?” (Mãe B – Cc VIII).</i> <i>“A bombinha machuca. Melhor é com a mão.” (Puérpera E – Cc VIII).</i></p> | <p>Conhecer sobre ordenha manual.</p> | <p>Cc II, Cc III, Cc VIII</p> |
| <p><i>“A minha e mamou até um ano, ela tem cinco anos e não sabe o que é um xarope.” (Puérpera C – Cc VIII).</i> <i>“[...] e a da minha irmã que não mamou pegou uma gripe agora que nossa, ela tira chinelo e já tem tosse, dor de garganta, e a minha não, fica descalço e não tem nada, só pode ser o leite.” (Puérpera E – Cc VIII). “[...] Eu ficava com tanto medo de pegar a alergia, de ficar doente, pegar alguma coisa, eu sempre foi aquela que acha que o leite materno é a defesa da criança, [...]” (Puérpera E – Cc VIII).</i></p> | <p>Conhecer as vantagens do aleitamento materno para a criança.</p> | <p>Cc V, CcVIII</p> |

LIMITAÇÕES

| Círculo de cultura I | | |
|---|--|---------------------------|
| Expressão verbal dos sujeitos participantes | Desvelamento primário | Círculos presentes |
| <p>“Não temos muita experiência porque é o primeiro, mas o que a gente ouviu falar é que varia de acordo com o que a mulher come. Dependendo do que come já passa direto para o leite.” (Companheiro A – Cc I).</p> <p>“Isso acontece entre os pais, pai e mãe de primeira viagem, a mãe pega e se vai dar para o marido, o marido fica assim, achando que ele logo vai chorar, ele passa a insegurança e a mulher já tem mais jeito.” (Puérpera C – Cc I).</p> | Ser inexperiente. | Cc I, Cc II |
| <p>“E não tem dizer que o leite é fraco? A criança mama, mama, dorme e se acorda e chora. E aí, acha que é fome.” (Mãe A – Cc I).</p> <p>“Eu, nos meus, tocava o leite porque dizia: Ah, agora vai dormir. Ajudei, dei o leite também. (Mãe A – Cc I).</p> <p>“Sim. É só na cabeça da gente?” (Mãe A – Cc I).</p> | Acreditar na existência de leite fraco. | Cc I |
| <p>“Ele disse assim: você está acostumando ele a mamar só em um peito só! Então eu disse: ele tem que mamar no que ele gosta, porque eu troco e ele não quer mamar neste, ele só quer neste aqui.” (Puérpera A – Cc I).</p> | Amamentar em uma só mama. | Cc I, Cc II |
| <p>“Eu acho que ele prefere mais este aqui.” (Puérpera A – Cc I).</p> <p>“Mas o bebê tem a tendência de querer sempre um lado, não é? Porque a minha começou e três vezes ela mama em um lado e no outro não.” (Puérpera C – Cc I).</p> | O bebê preferir uma só mama. | Cc I |
| <p>“Eu ouvi lá no refeitório, que a mulher passou por uma cirurgia porque impediu o leite.” (Companheiro A – Cc I).</p> | Ter ingurgitamento mamário. | Cc I, Cc II, Cc IV, Cc VI |
| <p>“E esse leite Nan que tem, e se costuma dar desde novinho, aqui não é</p> | Receber receita de leite industrializado | Cc I |

| | | |
|---|--|-----------------------------|
| <i>o caso, mas lá no Sul eles normalmente levam do hospital que já pode comprar o Nan também, ele tem alguma diferença?” (Mãe A – Cc I).</i> | na alta da maternidade. | |
| <i>“O bebê vai mamar menos.” (Puérpera C – Cc I, Puérpera B – Cc I). (referente ao uso de chá para o bebê)</i> | Utilizar chá como complemento alimentar. | Cc I, Cc II |
| <i>“E o ideal é amamentar até que idade?” (Companheiro A – Cc I).</i> | Desconhecer sobre duração da amamentação. | Cc I |
| <i>“A gente bota na cabeça que não vai ter tempo, tem roupa para lavar, o nenê chorando e não vai ter tempo de parar para dar, então toca uma mamadeira que é melhor.” (Mãe A – Cc I).</i> | Preocupar-se com as atividades domésticas. | Cc I |
| <i>“Eu coloco ele, ele fica 5 minutos e dorme, depois eu coloco e ele fica uns 45 minutos, dorme, mama, dorme , mama...” (Puérpera C – Cc I).</i> | O bebê ser sonolento nas primeiras horas de vida. | Cc I, Cc VII |
| <i>“Até eu falei, porque com 6 meses ela tem que começar a trabalhar de novo, e aí tem a preocupação. Mas se ele vai ficar em casa comigo, que o meu serviço é à noite, vamos dizer assim: ela chega em casa em torno de 5:00/6:00 horas e eu vou sair às 7:00, então ele pode ficar comigo, ele pode mamar só a partir deste horário e à noite e aí ela sai de novo; e se ele só mamar à noite, não vai ter problema, essa diferença de horário, de alimento...” (Companheiro A – Cc I).</i> | A mulher voltar ao trabalho. | Cc I, Cc IV, Cc VI, Cc VIII |
| <i>“Uma dúvida na alimentação: uma mãe que seja soro-positivo, recebeu todo o tratamento para não passar para o bebê e este bebê é normal, não é soro-positivo, ele vai poder mamar no peito da mãe, ou o leite sempre transmite o que ela tem?” (Companheiro A – Cc I).</i> | Ser mãe soro-positiva para o HIV. | Cc I |
| <i>“E a mulher pode ficar grávida amamentando, com aquele comprimido que eles dão?” (Mãe A – Cc I). “É que a gente vê muito isso aí: ah, eu estava amamentando e engravidei</i> | Ter medo de engravidar com uso de anticoncepcional oral no período de amamentação. | Cc I |

| | | |
|---|--|--|
| <i>tomando comprimido.” (Mãe A – Cc I).</i> | | |
|---|--|--|

| Círculo de cultura II | | |
|--|---|---------------------------------------|
| Expressão verbal dos sujeitos participantes | Desvelamento primário | Círculos presentes |
| <i>“Mãe de primeira viagem pedala bastante.” (Puérpera B – Cc II).</i> | Ser inexperiente. | Cc I, Cc II |
| <i>“Vai querer parar de mamar.” (Puérpera A – Cc II). (referente ao uso de chá para o bebê)</i> | Utilizar chá como complemento alimentar. | Cc I, Cc II |
| <i>“Outra dúvida é que dizem a mãe não pode comer certa coisa porque vai para o leite, na opinião da senhora a gente deve fazer o quê? Desde o começo já ir acostumado o bebê a comer qualquer coisa do leite da mãe, ou tem que esperar completar os seis meses para depois começar. Porque a cólica, se não der agora, vai dar depois nos três meses de qualquer jeito, de um jeito ou vai passar para o leite. Eu não vou dizer que eu comia essas coisas, como cominho, comida muito temperada, mas um caldo de feijão sim. Hoje eu ainda falei para ela como no caso do café, que é cafeína, e que às vezes tinha mais café do que leite e deveria ser mais leite do que café. Mas não foi, porque continuou hoje e ela não tomou muito café. E aí? Eu pergunto.” (Puérpera B – Cc II).</i> | Desconhecer sobre alimentação da nutriz. | Cc II |
| <i>“A minha mãe é muito antiga, para ela não pode comer nada.” (Puérpera B – Cc II). “A minha teve aqui ontem também, e disse: tu não podes comer feijão, tu não podes comer isso, não podes comer aquilo...” (Puérpera C – Cc II). “Eu fui chupar uma laranja, levei um esporro dela.” (Puérpera A – Cc II).</i> | Familiares ou pessoas próximas que influenciam nas decisões da nutriz | Cc II, Cc III, Cc VI, Cc VII, Cc VIII |
| <i>“E mãe que fala assim: ah, eu vou deixar meu filho mamar até quando ele não quiser mais. E depois, de uma hora para outra ela precisa trabalhar, daí ela tem que fazer alguma coisa, quer</i> | Realizar o desmame bruscamente. | Cc II |

| | | |
|--|--|---------------------------|
| <p><i>parar e não sabe como é que faz. Eu tenho uma prima que tem uma filha de um ano e cinco meses e ainda mama, aí ela coloca curativo, coloca esparadrapo e fala que está machucado. E daí tem algum problema, acontece alguma coisa?” (Puérpera I – Cc II).</i></p> <p><i>“E se deixar a criança mamar à vontade e de repente cortar, e aí?” (Puérpera I – Cc II).</i></p> | | |
| <p><i>“O que é complicado neste negócio da amamentação é que o meu menino mamou até seis meses e o meu leite secou, eu passei para outro meio de sustentar ele, só que deu alergia. Eu criei meu filho até um ano de idade com mingau de maisena. Este, se eu puder, vou amamentar ele até um aninho para mais. Eu teria amamentado, só que neste eu não sei até aonde que eu vou, porque com ele foi até seis meses.” (Puérpera B – Cc II).</i></p> <p><i>“Foi até seis meses, está certo que eu passei muita incomodação, uma fase meio ruim, isso ajuda bastante também. O meu leite foi até seis meses, só eu espero que com ela e eu consiga amamentar mais, mas o complicado é quando você tira do peito e começa colocar outra comida.” (Puérpera B – Cc II).</i></p> | Ter se incomodado no período de lactação. | Cc II |
| <p><i>“É o caso do leite quando empedra, não é? A minha irmã, quando ela teve neném, o peito dela ficou enorme, e ela chorava, e quanto mais ela chorava...” (Puérpera I – Cc II).</i></p> <p><i>“O meu primeiro também.” (Puérpera F – Cc II).</i></p> <p><i>“E quando tu tens muito leite e bebê não dá conta de tomar também.” (Puérpera F – Cc II).</i></p> | Ter ingurgitamento mamário. | Cc I, Cc II, Cc IV, Cc VI |
| <p><i>“Eu sinto que o meu está dolorido. E ele pega mais nesse aqui.” (Puérpera D – Cc II).</i></p> <p><i>“Se doer está errado?” (Puérpera D –</i></p> | Desconhecer sobre pega da região mamilo-areolar. | Cc II |

| | | |
|--|---------------------------|-------------------------------|
| Cc II). | | |
| <p>“Ela só mamou no direito, hoje que eu consegui dar o peito esquerdo para ela, que ela pegou bastante assim.” (Puérpera I – Cc II).</p> <p>“[...] estou procurando dar mais o outro, só que a enfermeira já disse que mesmo doendo tem que dar os dois.” (Puérpera H – Cc II).</p> | Amamentar em uma só mama. | Cc I, Cc II |
| <p>“O bico do meu peito quando ele pega, assim, está bem dolorido.” (Puérpera I – Cc II).</p> <p>“O meu também só que o meu é um só, então quando eu dou o direito para ela, dói muito [...]” (Puérpera H – Cc II).</p> | Sentir dor. | Cc II, Cc III, Cc VI, Cc VIII |

| Círculo de cultura III | | |
|---|--|---------------------------|
| Expressão verbal dos sujeitos participantes | Desvelamento primário | Círculos presentes |
| <p>“Até parece que foi eu que ganhei neném. Na verdade eu tenho um filhinho de seis anos, eu tive ele aqui, e a minha experiência de amamentação foi pouca porque ele não quis. Era muito engraçado, ele não fazia isso (mostrando o bebê que mamava), ele pegava no meu seio, colocava a mão no meu seio como se fosse pior coisa do mundo, eu consegui amamentar ele na chuquinha, tirava o meu leite e colocava na chuquinha aí ele tomava, eu fiz isso até os dois meses e meio, quase três.” (Amiga A – Cc III).</p> <p>“É, por mais que eu tentasse dar. [...] dava muito bem para ele pegar, e descia, e eu tinha tanto leite, tanto, tanto que até o ano retrasado eu tinha leite ainda, quando aperta ainda sai. Mas fazer o quê? Não pegou, não pegou!” (Amiga A – Cc III).</p> | Bebê que recusa o peito. | Cc III, Cc VI |
| <p>“Eu, pela experiência, da minha filha com 14 anos, acho que a chuquinha atrapalha, a seringa atrapalha. E</p> | Uso de mamadeira e seringa para alimentar o bebê | Cc III |

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <i>realmente atrapalha!” (Puérpera A – Cc III).</i> | | |
| <p>“[...] Eu não tinha bico, eu não tinha nada, aí eu ganhei aquelas conchas e aí que formou o bico do peito, [...]” (Amiga A – Cc III).</p> <p>“O que eu passei com a minha primeira é que eu não tinha bico. [...]ela não conseguia abocanhar porque não tinha bico.” (Puérpera A – Cc III).</p> | Ter mamilo plano. | Cc III, Cc V |
| <p>“A minha madrinha já disse, porque eu tomava achocolatado todos os dias, e ela já cortou. Cortou o refrigerante, o achocolatado, essas coisas de leite puro eu não bebo, não gosto de leite, mas bebia café com leite e ela já falou: quer beber café-com-leite, então coloca um pouquinho de café e um monte de leite, mandou cortar refrigerante... [...]”.(Puérpera C – Cc III).</p> <p>“É assim, você sente o calor, o teu neném também sente calor, é a mesma coisa, não adianta você enrolar, aí a minha sogra chegou e enrolou ele e todo.” (Puérpera A – Cc III).</p> <p>“Eu mamei no peito da minha mãe só dois meses, que a minha madrinha, a que estava aqui, foi lá e me empanturrou de mingau, eu não parava de chorar então me deu mingau, mamei só até os dois meses, agora o meu vou tentar até os dois anos.” (Puérpera C – Cc III).</p> | Familiars ou pessoas próximas que influenciam nas decisões da nutriz. | Cc II, Cc III, Cc VI, Cc VII, Cc VIII |
| <p>“[...]E a minha neném no começo, no domingo, ela estava tendo muita cólica e não estava conseguindo pegar, e rachou o meu peito inteirinho, está do todo dolorido ainda, todo rachado, aí por causa da cólica começou a rachar esse aqui também, graças a Deus agora conseguiu pegar direito no peito, agora está mamando direitinho, graças a Deus passou agora.” (Puérpera C – Cc III).</p> | Ter fissura na região mamilo-areolar. | Cc III, Cc V, Cc VIII |
| <p>“Eu vejo assim, porque esse é o meu</p> | Ter mastite. | Cc III, Cc VI |

| | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <p>terceiro. O meu outro não rachou, não deu calor de figo. No outro, deu infecção na ponta do meu peito que saía até pus, mas porque eu tomei leite, e eu não sabia, e fiquei sabendo depois que não podia tomar leite.” (Puérpera A – Cc III).</p> <p>“Infeccionou de dentro para fora, do bico mesmo!” (Puérpera A – Cc III).</p> | | |
| <p>“Eu também, o meu namorado chegou com uma caixa de bombom no quarto, a minha mãe pegou, e o pior é que a gente fica com vontade. Eu até não gostava, na minha gravidez eu comecei a gostar, eu engordei 20 kg por que vocês não têm noção o tanto de doce que eu comia. Antes disso nada doce, bolo, docinho, eu não comia nada.” (Puérpera C – Cc III).</p> <p>“Sei que só tive uma gravidez, eu não quero mais passar por regime.” (Puérpera C – Cc III).</p> | <p>Restringir alimentação. a</p> | <p>Cc III, Cc VI, Cc VII</p> |
| <p>“A posição. É porque eu estou com dor nas costas e não me ajeito para dar mamar.” (Puérpera B – Cc III).</p> <p>“Não, elas só falaram para achar uma posição confortável para o bebê pegar direitinho na aréola, para não machucar, mas é que não tem como, na cama eu sento, mas ou ela pega certo no meu peito, ou eu sento direito.” (Puérpera B – Cc III).</p> <p>“Deitada eu consigo, só que como as enfermeiras mandaram eu andar, eu não queria dar de mamar para ela deitada.” (Puérpera B – Cc III).</p> | <p>Sentir dor.</p> | <p>Cc II, Cc III, Cc VI, Cc VIII</p> |
| <p>“Eu já vi tantas mães pegar a criança de lado de barriga para cima e aí dizer: mama. E se quebrar toda para colocar o peito dentro da boca do bebê e está virado de barriga para cima.” (Puérpera A – Cc III).</p> <p>“Mas eu já vi várias mães ficar com neném assim em pé, aí depois não consegue botar, aí diz: não consegui botar, mas é só pelo fato de que não acertaram a posição.” (Puérpera A –</p> | <p>Ter dificuldade em se posicionar e em posicionar o bebê.</p> | <p>Cc III, Cc VIII</p> |

| | | |
|--|--------------------------------|---------------|
| <i>Cc III).</i> | | |
| <i>“[...] Eu custei para dar de mamar porque além do peito ter enchido muito, [...].” (Puérpera A – Cc III). “Muitas vezes muitas nem tem, principalmente as mães de primeira viagem, às vezes está cheio, como o meu ficava.” (Puérpera A – Cc III).</i> | Ter mamas cheias. | Cc III, Cc VI |
| <i>“Está toda rachada por isso, ela estava pegando só no bico e puxava, a enfermeira pediu para que eu tentasse colocar mais a aréola dentro da boca dela, ela falou para mim: pega assim até ela pegar, depois pode puxar um pouquinho para não afogar ela.” (Puérpera E – Cc III).</i> | Bebê fazer a pega inadequada | Cc III |
| <i>“E outra coisa que acontece muito, teve até uma tia da minha filha que ganhou faz um mês, é assim, ficar meia horinha, e às vezes aquela meia horinha o neném não enche a barriga, não é? Tens que ficar pelo menos uma hora, aí a médica questionou ela que a menina estava muito magrinha e ela respondeu: ah! eu fico meia hora, porque logo ela dorme. Então perguntou: e quando ela acorda você dá de novo? Ela diz: mas eu terminei de dar de mamar agora tem que dar de novo? É, ela é uma recém-nascida, ela não tem noção da comida.” (Puérpera A – Cc III).</i> | Desconhecer o tempo da mamada. | Cc III |

| Círculo de cultura IV | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| Expressão verbal dos sujeitos participantes | Desvelamento primário | Círculos presentes |
| <i>“A minha maior eu dei até dois anos, mas o segundo eu já tirei com sete meses, eu trabalhava fora e... Ah, é muito desgastante, a criança com 2 anos que não quer saber de comer, oferecia uma fruta ela não queria, uma mamadeira ela não queria. À noite ela estava ali, tirando tudo para fora e mamando.” (Puérpera A – Cc IV). “Do meu pequeno eu tirei, não por que</i> | A mulher voltar ao trabalho. | Cc I, Cc IV, Cc VI, Cc VIII |

| | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------|
| <i>eu quis, é que eu trabalhava e ficava muito pesado, eu chegava em casa ao meio-dia e às 2 horas tinha que voltar para o serviço, tinha que fazer comida com ele no peito.” (Puérpera A – Cc IV). “Eu trabalhava fechada e não tinha horário.” (Puérpera A – Cc IV).</i> | | |
| <i>“Por que tirar o leite com a mão é horrível minha gente. Meu Deus.” (Cunhada A – Cc IV).</i> | Realizar ordenha manual. | Cc IV |
| <i>“Eu fiquei cinco dias na maternidade e não... Nem elas não me ajudavam.” (Cunhada A – Cc IV).</i> | Ausência de ajuda profissional. | Cc IV |
| <i>“Não, é porque empedrou tudo, nem com a máquina, nem com a mão.” (Cunhada A – Cc IV).</i> | Ter ingurgitamento mamário. | Cc I, Cc II, Cc IV, Cc VI |
| <i>“Bota um lencinho em cima.” (Cunhada A – Cc IV). “Ah, quando vem visita, o neném chora que quer mamar e a visita não vai embora.” (Cunhada A – Cc IV).</i> | Ter vergonha de amamentar em público. | Cc IV |

| Círculo de cultura V | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------|
| Expressão verbal dos sujeitos participantes | Desvelamento primário | Círculos presentes |
| <i>“Que eu amamentei? Dois meses e pouco. É que também tem uma coisa, não gostar de fazer uma coisa, isso também prejudica, porque seca o leite e várias coisas assim. E para falar bem a verdade eu tenho nojo...” (Puérpera B – Cc V). “Eu até acho que a gente passa para neném essa sensação.” (Mãe A – Cc V)</i> | Ter nojo do leite humano. | Cc V |
| <i>“Mas o meu filho quando eu ganhei, eu tenho problema no peito porque eu não tenho bico e eu só amamentei aqui, quando eu cheguei em casa ele não queria mais pegar [...].” (Puérpera D – Cc V).</i> | Ter mamilo plano. | Cc III, Cc V |
| <i>“[...] ele não queria mais pegar porque deu calor de figo, [...].” (Puérpera D – Cc V).</i> | Ter fissura na região mamilo-areolar. | Cc III, Cc V, Cc VIII |
| <i>“Eu tenho um sobrinho, que a minha cunhada tirou o peito para fazer</i> | Preocupar-se primeiramente com a | Cc V |

| | | |
|--|------------------------------------|--------------|
| <p><i>cirurgias estéticas, e o irmão dele, eles têm uma diferença de quatro a cinco anos, um é bem tranqüilo e o outro bem agitado, tudo que um não faz, o outro faz em dobro, ele vai fazer três anos, e agora é que está começando a falar, desenvolveu bem tarde a questão da fala, de começar a engatinhar. Na época a gente criticou bastante ela, porque ela tinha leite suficiente e com dois meses ela simplesmente tirou.”</i> (Puérpera A – Cc V).</p> <p><i>“E eu presenciei cenas de ela colocar para mamar, ele dar duas ou três sugadas e ela tirava, o leite jorrava do peito, não escorria, espirrava, ela tinha leite suficiente para amamentar ele.”</i> (Companheiro A – Cc V).</p> <p><i>“E hoje ele tem um pouco mais de dificuldade.”</i> (Puérpera A – Cc V).</p> | estética. | |
| <p><i>“Não pode porque ontem eu assisti à palestrinha aqui e elas falaram que não.”</i> (Puérpera G – Cc V).</p> | Ter ajuda profissional inadequada. | Cc V, Cc VII |

| Círculo de cultura VI | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| Expressão verbal dos sujeitos participantes | Desvelamento primário | Círculos presentes |
| <p><i>“É, foi secando e ele foi rejeitando, se eu pudesse tinha amamentado mais.”</i> (Puérpera A – Cc VI).</p> | Bebê que recusa o peito. | Cc III, Cc VI |
| <p><i>“Não, eu acho, eu comecei a trabalhar, e na hora da manada enchia muito o seio, e quando eu voltava estava duro e ele não pegava, um secou e outro ficou cheio. Aí a minha sogra, disse que: Esse leite aí já está empedrado, se eu fosse você não dava mais para o guri, pode fazer mal. Aí foi indo, ele parou e foi para o leite de vaca.”</i> (Puérpera A – Cc VI).</p> <p><i>“Quando eu voltei a trabalhar eu me sentia triste na hora da mamada, porque eu era obrigada a estar no trabalho, meu peito estava cheio, e meu filho estava em casa, então isso doía, eu me sentia um pouco</i></p> | A mulher voltar ao trabalho. | Cc I, Cc IV, Cc VI, Cc VIII |

| | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <p><i>deprimida. E a minha prima, ela é uma grande experiência, trabalhava na loja de uma grande rede, aí ela ficou grávida e que eles a mudaram de setor porque deu um problema no braço dela, ela trabalhava no computador e colocaram no crediário, e aí ela ganhou neném e disse que jamais deixaria de trabalhar porque ganhava bem, ela voltou a trabalhar e na hora da mamada dava uma depressão, começava a chorar, o chefe dela conversou com ela e colocou que pelo que ele estava vendo ela teria de se afastar, largar o emprego e cuidar do neném, ela foi ficando deprimida largou o emprego e foi cuidar do neném, não trabalha mais.” (Puérpera A – Cc VI).</i></p> | | |
| <p><i>“Aí dificuldade para o bebê” (Puérpera A – Cc VI).</i></p> | Ter mamas cheias. | Cc III, Cc VI |
| <p><i>“Começa a dar rachadura, isso dói um monte.” (Puérpera A – Cc VI).</i></p> | Sentir dor. | Cc II, Cc III, Cc VI, Cc VIII |
| <p><i>“A minha mãe passava na minha irmã que empedrou, acho que era, banha de porco morninha, foi desempedrando, fazia massagem assim, e tem gente que fica embaixo do chuveiro para aquecer o peito, e o leite vai saindo, vai amolecendo.” (Puérpera A – Cc VI).</i></p> | Ter ingurgitamento mamário. | Cc I, Cc II, Cc IV, Cc VI |
| <p><i>“Sim, não pode ser quente, senão vai arrumar mais um problema, resolve um e ganha dois. Eu só sei que na minha irmã era flebite, ficou todo vermelho, e vinha para debaixo do braço, ficou muito feio. e ela tem bem mais seio do que eu, ficou até debaixo do braço, doía tudo. a minha mãe fez isso e deu uma melhorada. (Puérpera A – Cc VI).</i></p> | Ter mastite | Cc III, Cc VI |
| <p><i>“[...] Aí a minha sogra, disse que: Esse leite aí já está empedrado, se eu fosse você não dava mais para o guri, pode fazer mal. Aí foi indo, ele parou e foi para o leite de vaca.” (Puérpera A – Cc VI).</i></p> | Familiares ou pessoas próximas que influenciam nas decisões da nutriz. | Cc II, Cc III, Cc VI, Cc VII, Cc VIII |
| <p><i>“Não tirei ainda.” (Puérpera C – Cc</i></p> | Bebê em cuidados | Cc VI |

| | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| VI). “É grave.” (Puérpera C – Cc VI). | intensivos. | |
| “É que no nosso, depois disso ele não teve, ela é que passou a trabalhar com bastante comida reduzida.” (Companheiro A – Cc VI). “Passei mesmo, a gente ia passear na casa dos outros... Teve uma festa que eu nem fui, não adiantava, não podia comer nada, tinha fome mas não comia, dava vontade mas eu não comia as coisas, bolo, refrigerante do lado, mas não comia.” (Puérpera A – Cc VI). “A laranja não estou chupando, só a lima.” (Puérpera A – Cc VI). “De cara, aqui no hospital não dá para se cuidar, vem a comida, o que veio ali que eu não tomei foi um suco, de laranja não era. (Puérpera A – Cc VI). | Restringir a alimentação. | Cc III, Cc VI, Cc VII |

| Círculo de cultura VII | | |
|--|--|--|
| Expressão verbal dos sujeitos participantes | Desvelamento primário | Círculos presentes |
| “Sei que quando saímos daqui terão vários conselhos [...].” (Puérpera C – Cc VII). “[...] Eu pergunto isso porque algumas pessoas, como a avó, vão querer que eu dê bico. Acham bonitinho!” (Puérpera C – Cc VII). “Com a minha mãe também, eu não quero magoar, ela me ajuda tanto, veio para cá, só para me ajudar. Então eu fico sem saber o que fazer.” (Puérpera A – Cc VII). | Famíliares ou pessoas próximas que influenciam nas decisões da nutriz. | Cc II, Cc III, Cc VI, Cc VII, Cc VIII |
| “Eu estava muito preocupada achando que não tinha leite, [...]” (Puérpera A – Cc VII). “Eu também estava muito preocupada achando que não tinha leite, [...].” (Puérpera B – Cc VII). | Preocupar-se com a ausência de leite materno. | Cc VII |
| “[...] e como não amamenteei meus outros filhos...” (Puérpera A – Cc VII). | Não ter amamentado outros filhos. | Cc VII |
| “No meu caso, é que eu estava um | Ter insegurança em | Cc VII |

| | | |
|---|---|-----------------------------|
| <i>pouco insegura e passando insegurança para bebê, eu não estava pegando direito e bem firme, ficava distante.” (Puérpera A – Cc VII).</i> | pegar o bebê. | |
| <i>“Muito sonolento, ainda é um pouco, só que agora está pegando melhor.” (Puérpera E; companheiro A - Cc VII).</i> | O bebê ser sonolento nas primeiras horas de vida. | Cc I, Cc VII |
| <i>“E os bebês devem mamar de 3/3 horas? É isso que a moça disse lá embaixo.” (Puérpera D – Cc VII).</i> | Ter ajuda profissional inadequada. | Cc V, Cc VII |
| <i>“[...] Já me falaram um monte de coisas, [...].” (Puérpera C – Cc VII).</i> | Familiares ou pessoas próximas que influenciam nas decisões da nutriz | Cc III, Cc VI, Cc VII |
| <i>“[...] me cortaram um monte de coisas, me disseram que não pode laranja e que abacaxi nem pensar.” (Puérpera C – Cc VII).</i> | Restringir a alimentação. | Cc III, Cc VI, Cc VII |

| Círculo de cultura VIII | | |
|--|--|-------------------------------|
| Expressão verbal dos sujeitos participantes | Desvelamento primário | Círculos presentes |
| <i>“Mas dói no começo quando pega, não é? Quando ele pega eu vejo estrela, depois passa.” (Puérpera C – Cc VIII). “O meu é só na hora que pega mesmo que você sente que [...] aí é só naquela hora que pega, aí eu vejo estrela.” (Puérpera C – Cc VIII). “[...] no começo quando ele pega dá aquela dor e passa.” (Puérpera C – Cc VIII). “Como naquela hora, ela chorava, ele chorava mais, deve ser porque ela estava amamentando, mas estava tensa por causa da dor, da dor do peito e da dor da cesárea, ela estava fechada, deve ser isso.” (Mãe B - Cc VIII).</i> | Sentir dor. | Cc II, Cc III, Cc VI, Cc VIII |
| <i>“[...] está machucadinho, rachadinho assim, [...].” (Puérpera C – Cc VIII). “Está mais vermelho que as outras partes, [...]” (Puérpera C – Cc VIII).</i> | Ter fissura na região mamilo-areolar. | Cc III, Cc V, Cc VIII |
| <i>“[...] porque ontem eu não consegui pegar para dar de mamar de jeito nenhum, eu tentei levantar da cama, eu</i> | Ter dificuldade em se posicionar e em posicionar o bebê. | Cc III, Cc VIII |

| | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <p><i>queria dar de mamar, [...], fiquei nervosa porque as enfermeiras pegaram e levaram ela para lá, deram um outro leite, porque eu fiquei nervosa, botava ela deitada para mamar e ela não queria deitada, ela queria sentada, [...]. (Puérpera E – Cc VIII).</i></p> | | |
| <p><i>“[...] fiquei nervosa, suava gelado, [...].” (Puérpera E – Cc VIII).</i> <i>“Eu comecei a suar bem frio, fiquei bem agoniada.” (Puérpera E – Cc VIII).</i></p> | Ficar nervosa. | Cc III, Cc VIII |
| <p><i>“E quando o peito está pesado, eu notei que quando eu estava com a mão debaixo dele estava certinho, quando eu tirava a mão, ele já...” (Mãe B - Cc VIII).</i></p> | Ter mama volumosa. | Cc VIII |
| <p><i>“No amamentar o meu outro eu enfrentei bastante dificuldade com a minha família a esse respeito, a minha mãe ficava dizendo: essa criança grande mamando! [...].” (Puérpera E – Cc VIII).</i></p> | Famíliares ou pessoas próximas que influenciam nas decisões da nutriz. | Cc II, Cc III, Cc VI, Cc VII, Cc VIII |
| <p><i>“E agora não sei como vou fazer porque tenho que trabalhar, e a minha mãe disse: deixa menina comigo que eu vou colocar na mamadeira.” (Puérpera E – Cc VIII).</i> <i>“Mas o negócio dela é ficar na panelinha.” (Puérpera E – Cc VIII).</i> <i>“Eu acho que vou à empresa pedir as contas, porque eles não colocam, é difícil, ainda mais quem trabalha direitinho, ou eu posso pegar perícia também, porque eu estou com problema de circulação na perna, a minha perna arrebentou vários vasinhos, o meu pé está até preto.” (Puérpera E – Cc VIII).</i></p> | A mulher voltar ao trabalho. | Cc I, Cc IV, Cc VI, Cc VIII |
| <p><i>“[...] deixa a menina comigo que eu vou colocar na mamadeira.” (Puérpera E – Cc VIII).</i></p> | Ausência de apoio familiar. | Cc VIII |
| <p><i>“É, no meu são quatro, mas eu também peguei dois meses antes, por que não agüentava mais as minhas pernas, muita câibra, eu parei no 7º (sétimo),</i></p> | Antecipar a licença maternidade por problema de saúde. | Cc VIII |

| | | |
|---|---|----------------|
| <p><i>agora não sei como é que vou fazer.” (Puérpera E – Cc VIII).</i></p> | | |
| <p><i>“Eu tenho uma menina de cinco anos, e com ela foi a mesma coisa, não chegou a sair sangue, mas ficou bem machucado, aí a minha sogra passava aquele batom de cacau que é hidratante, aí foi onde amenizou, mas foi difícil. Depois não, depois de dois, três meses já estava normal, foi só na fase de adaptação mesmo, quinze dias, vinte dias.” (Puérpera C – Cc VIII).</i></p> <p><i>“Eu passava, mas não adiantava, aí eu fui na farmácia e comprei, o cacau era o mais suave, o mais natural, porque como ele bota a boca, e na hora que ele ia mamar eu passava uma gaze para tirar o excesso.” (Puérpera C – Cc VIII).</i></p> | <p>Ter fissura na região mamilo-areolar que não cicatriza apenas com leite posterior.</p> | <p>Cc VIII</p> |

**APÊNDICE D – QUADROS DO DESVELAMENTO DAS
POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES PARA A PRÁTICA DO
ALEITAMENTO MATERNO IDENTIFICADAS POR
PUÉRPERAS E ACOMPANHANTES EM CÍRCULO DE
CULTURA**

POSSIBILIDADES

| | Desvelamento primário | Círculos presentes | Desvelamento secundário | Temas |
|-------------|---|--|---|--|
| Cc I | Conhecer sobre alimentação da nutriz. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc V, Cc VI, Cc VII | Conhecimento | 1ª O conhecimento como base para a prática do aleitamento materno |
| | Utilizar chá como complemento alimentar. | Cc I | Experiência anterior (neste caso foi positivo segundo o relato) | 2ª Experiência x inexperiência: influência no aleitamento materno |
| | Ter exemplo familiar. | Cc I | Experiência anterior | 2ª |
| | Perceber as vantagens de filhos amamentados. | Cc I | Experiência anterior | 2ª |
| | Ter ajuda profissional. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc IV Cc V, Cc VI, Cc VII, CcVIII | Apoio profissional | 3ª Profissionais da saúde: mediadores do aleitamento materno |
| | Conhecer as vantagens do aleitamento materno para a mulher. | Cc I, Cc IV, Cc V | Conhecimento | 1ª |
| | Ter a família presente. | Cc I | Apoio do círculo de convivência | 4ª O círculo de convivência na prática do aleitamento materno. |
| | Conhecer sobre composição do leite materno. | Cc I, Cc II, Cc V, Cc VII | Conhecimento | 1ª |

| | | | | |
|---------------|---|--|----------------------------------|---|
| Cc II | Ser experiente. | Cc II, Cc IV | Experiência anterior | 2 ^a |
| | Conhecer sobre alimentação da nutriz. | Cc I, Cc III, Cc V, Cc VI, Cc VII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Conhecer sobre duração da amamentação. | Cc VIII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Realizar o desmame gradativamente. | Cc VIII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Perceber as reações corporais na lactação. | Cc II, Cc VII | Autoconfiança e autoconhecimento | 6 ^a Com autoconfiança e autoconhecimento fica mais fácil |
| | Conhecer sobre composição do leite materno | Cc I, Cc II, Cc V, Cc VII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Conhecer sobre ordenha manual. | Cc II, Cc III, Cc VIII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Conhecer sobre pega da região mamilo-areolar. | Cc II, Cc IV, Cc VI, Cc VII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Ter ajuda profissional. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc IV Cc V, Cc VI, Cc VII, CcVIII | Apoio profissional | 3 ^a |
| Cc III | Conhecer sobre alimentação da nutriz. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc V, Cc VI, Cc VII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Ter ajuda profissional. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc IV Cc V, Cc VI, Cc VII, CcVIII | Apoio profissional | 3 ^a |
| | Conhecer sobre prevenção e tratamento de fissuras da região mamilo-areolar. | Cc III, Cc IV, Cc V, Cc VI, Cc VII | Conhecimento | 1 ^a |

| | | | | |
|--------------|---|---|----------------------------------|----------------|
| | Ficar despreocupada | Cc III | Autoconfiança e autoconhecimento | 6 ^a |
| | Não acreditar em leite fraco. | Cc III | Autoconfiança e autoconhecimento | 6 ^a |
| | Conhecer sobre ordenha manual. | Cc II, Cc III, Cc VIII | Conhecimento | 1 ^a |
| Cc IV | Ter ajuda profissional. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc IV Cc V, Cc VI, Cc VII, Cc VIII | Apoio profissional | 3 ^a |
| | Ser experiente. | Cc II, Cc IV | Experiência anterior | 2 ^a |
| | Conhecer cuidados para evitar queda das mamas. | Cc IV | Conhecimento | 1 ^a |
| | Conhecer a conservação e utilização do leite ordenhado. | Cc IV, Cc VI, Cc VIII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Conhecer sobre prevenção e tratamento de fissuras da região mamilo-areolar. | Cc III, Cc IV, Cc V, Cc VI, Cc VII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Conhecer sobre pega da região mamilo-areolar. | Cc II, Cc IV, Cc VI, Cc VII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Conhecer as vantagens do aleitamento materno para a mulher. | Cc I, Cc IV, Cc V | Conhecimento | 1 ^a |
| | Não ter vergonha de amamentar em público. | Cc IV | Autoconfiança e autoconhecimento | 6 ^a |
| Cc V | Conhecer sobre prevenção e tratamento de fissuras da região mamilo-areolar. | Cc III, Cc IV, Cc V, Cc VI, Cc VII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Ter ajuda profissional. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc IV Cc | Apoio profissional | 3 ^a |

| | | | | |
|--------------|--|---|-------------------------------|---|
| | | V, Cc VI, Cc VII, CcVIII | | |
| | Conhecer as vantagens do aleitamento materno para a criança. | Cc V, CcVIII | Conhecimento | 1ª |
| | Conhecer as vantagens do aleitamento materno para a mulher. | Cc I, Cc IV, Cc V | Conhecimento | 1ª |
| | Ter prazer em amamentar. | Cc V | Sentir-se bem e estar sem dor | 7ª Sentir-se bem e estar sem dor é importante para a boa prática do aleitamento materno |
| | Conhecer sobre composição do leite materno. | Cc I, Cc II, Cc V, Cc VII | Conhecimento | 1ª |
| | Conhecer sobre alimentação da nutriz. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc V, Cc VI, Cc VII | Conhecimento | 1ª |
| Cc VI | Conhecer sobre a pega da região mamilo-areolar. | Cc IV, Cc VI, Cc VII | Conhecimento | 1ª |
| | Ter ajuda profissional. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc IV Cc V, Cc VI, Cc VII, CcVIII | Apoio profissional | 3ª |
| | Conhecer sobre alimentação da nutriz. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc V, Cc VI, Cc VII | Conhecimento | 1ª |
| | Conhecer sobre prevenção de fissuras da região mamilo-areolar. | Cc III, Cc IV, Cc V, Cc VI, Cc VII | Conhecimento | 1ª |
| | Conhecer a conservação e utilização do leite | Cc IV, Cc VI, Cc VIII | Conhecimento | 1ª |

| | | | | |
|----------------|---|--|----------------------------------|----------------|
| | ordenhado. | | | |
| Cc VII | Conhecer sobre prevenção e tratamento de fissuras da região mamilo-areolar. | Cc III, Cc IV, Cc V, Cc VI, Cc VII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Conhecer sobre a pega da região mamilo-areolar. | Cc IV, Cc VI, Cc VII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Conhecer sobre a posição para segurar o bebê. | Cc VII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Ter ajuda profissional. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc IV, Cc V, Cc VI, Cc VII, Cc VIII | Apoio profissional | 3 ^a |
| | Ter tranquilidade | Cc VII | Autoconfiança e autoconhecimento | 6 ^a |
| | Conhecer sobre o uso de chupeta | Cc VII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Conhecer sobre alimentação da nutriz. | Cc I, Cc II, Cc III, Cc V, Cc VI, Cc VII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Conhecer sobre composição do leite materno. | Cc I, Cc II, Cc V, Cc VII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Buscar conhecimento sobre AM. | Cc VII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Perceber as reações corporais na lactação. | Cc II, Cc VII | Autoconfiança e autoconhecimento | 6 ^a |
| Cc VIII | Conhecer a conservação e utilização do leite ordenhado. | Cc IV, Cc VI, Cc VIII | Conhecimento | 1 ^a |
| | Ter certeza da boa sucção do bebê e da saída do leite na mamada. | Cc VIII | Autoconfiança e autoconhecimento | 6 ^a |
| | Sentir-se bem. | Cc VIII | Sentir-se bem e estar sem dor | 7 ^a |
| | Ter ajuda | Cc I, Cc | Apoio profissional | 3 ^a |

| | | | | |
|--|---|---|--------------|----|
| | profissional. | II, Cc III, Cc IV Cc V, Cc VI, Cc VII, CcVIII | | |
| | Utilizar concha para amamentação como prevenção de fissuras e ingurgitamento. | CcVIII | Conhecimento | 1ª |
| | Conhecer sobre ordenha manual. | Cc II, Cc III, Cc VIII | Conhecimento | 1ª |
| | Conhecer as vantagens do aleitamento materno para a criança. | Cc V, CcVIII | Conhecimento | 1ª |

LIMITAÇÕES

| | Desvelamento primário | Círculos presentes | Desvelamento secundário | Temas |
|-------------|--|---------------------------|----------------------------------|--------------|
| Cc I | Ser inexperiente. | Cc I, Cc II | Experiência anterior | |
| | Acreditar na existência de leite fraco. | Cc I | Autoconfiança e autoconhecimento | 6ª |
| | Amamentar em uma só mama. | Cc I, Cc II | Conhecimento | 1ª |
| | O bebê preferir uma só mama. | Cc I | Conhecimento | 1ª |
| | Ter ingurgitamento mamário. | Cc I, Cc II, Cc IV, Cc VI | Conhecimento (complicações) | 1ª |
| | Receber receita de leite industrializado na alta da maternidade. | Cc I | Apoio profissional | 3ª |
| | Utilizar chá como complemento alimentar. | Cc I, Cc II | Conhecimento | 1ª |

| | | | | |
|--------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|---|
| | Desconhecer sobre duração da amamentação. | Cc I | Conhecimento | 1ª |
| | Preocupar-se com as atividades domésticas. | Cc I | Trabalho | 8ª Aleitamento materno e trabalho da mulher |
| | O bebê ser sonolento nas primeiras horas de vida. | Cc I, Cc VII | Conhecimento | 1ª |
| | A mulher voltar ao trabalho. | Cc I, Cc IV, Cc VI, Cc VIII | Trabalho | 8ª |
| | Ser mãe soropositiva para o HIV. | Cc I | Conhecimento (HIV +) | 1ª |
| | Ter medo de engravidar com uso de anticoncepcional oral no período de amamentação. | Cc I | Apoio profissional | 3ª |
| Cc II | Ser inexperiente. | Cc I, Cc II | Experiência anterior | 2ª |
| | Utilizar chá como complemento alimentar. | Cc I, Cc II | Conhecimento | 1ª |
| | Desconhecer sobre alimentação da nutriz. | Cc II | Conhecimento | 1ª |
| | Familiares ou pessoas próximas que influenciam nas decisões da nutriz | Cc II, Cc III, Cc VI, Cc VII, Cc VIII | Apoio do círculo de convivência | 4ª |
| | Realizar o desmame bruscamente. | Cc II | Conhecimento | 1ª |
| | Ter se incomodado no período de lactação. | Cc II | Sentir-se bem e estar sem dor | 7ª |
| | Ter ingurgitamento mamário. | Cc I, Cc II, Cc IV | Conhecimento (complicação) | 1ª |
| | Desconhecer sobre pega da região mamilo-areolar. | Cc II | Conhecimento | 1ª |
| | Sentir dor. | Cc II, Cc III, Cc VI, | Sentir-se bem e estar sem dor | 7ª |

| | | | | |
|---------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|---|
| | | Cc VIII | | |
| | Amamentar em uma só mama. | Cc I, Cc II | Conhecimento | 1ª |
| Cc III | Bebê que recusa o peito. | Cc III, Cc VI | Conhecimento | 1ª |
| | Uso de mamadeira e seringa para alimentar o bebê | Cc III | Conhecimento | 1ª |
| | Ter mamilo plano. | Cc III, Cc V | Formato da mama e mamilo | 5ª A crença de que a anatomia da mama interfere na prática do aleitamento materno |
| | Famíliares ou pessoas próximas que influenciam nas decisões da nutriz. | Cc II, Cc III, Cc VI, Cc VII, Cc VIII | Apoio do círculo de convivência | 4ª |
| | Ter fissura na região mamilo-areolar. | Cc III, Cc V, Cc VIII | Conhecimento (complicação) | 1ª |
| | Ter mastite. | Cc III, Cc VI | Conhecimento (complicação) | 1ª |
| | Restringir a alimentação. | Cc III, Cc VI, Cc VII | Conhecimento | 1ª |
| | Sentir dor. | Cc II, Cc III, Cc VI, Cc VIII | Sentir-se bem e estar sem dor | 7ª |
| | Ter dificuldade em se posicionar e em posicionar o bebê. | Cc III, Cc VIII | Conhecimento | 1ª |
| | Ter mamas cheias. | Cc III, Cc VI | Conhecimento (complicação) | 1ª |
| | Bebê fazer a pega inadequada | Cc III | Conhecimento | 1ª |
| | Desconhecer o tempo da mamada. | Cc III | Conhecimento | 1ª |
| Cc IV | A mulher voltar ao trabalho. | Cc I, Cc IV, Cc VI, Cc VIII | Trabalho | 8ª |
| | Realizar ordenha manual. | Cc IV | Conhecimento | 1ª |
| | Ausência de ajuda | Cc IV | Apoio profissional | 3ª |

| | | | | |
|---------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|----|
| | profissional | | | |
| | Ter ingurgitamento mamário. | Cc I, Cc II, Cc IV, Cc VI | Conhecimento (complicação) | 1ª |
| | Ter vergonha de amamentar em público. | Cc IV | Sentir-se bem e estar sem dor | 7ª |
| Cc V | Ter nojo do leite humano. | Cc V | Sentir-se bem e estar sem dor | 7ª |
| | Ter mamilo plano. | Cc III, Cc V | Formato da mama e mamilo | 5ª |
| | Ter fissura na região mamilo-areolar. | Cc III, Cc V, Cc VIII | Conhecimento (complicação) | 1ª |
| | Preocupar-se primeiramente com a estética. | Cc V | Conhecimento | 1ª |
| | Ter Ajuda profissional inadequada. | Cc V, Cc VII | Apoio profissional | 3ª |
| Cc VI | Bebê que recusa o peito. | Cc III, Cc VI | Conhecimento | 1ª |
| | A mulher voltar ao trabalho. | Cc I, Cc IV, Cc VI, Cc VIII | Trabalho | 8ª |
| | Ter mamas cheias. | Cc III, Cc VI | Conhecimento (complicação) | 1ª |
| | Sentir dor. | Cc II, Cc III, Cc VI, Cc VIII | Sentir-se bem e estar sem dor | 7ª |
| | Ter ingurgitamento mamário. | Cc I, Cc II, Cc IV, Cc VI | Conhecimento (complicação) | 1ª |
| | Ter mastite | Cc III, Cc VI | Conhecimento (complicação) | 1ª |
| | Familiares ou pessoas próximas que influenciam nas decisões da nutriz. | Cc II, Cc III, Cc VI, Cc VII, Cc VIII | Apoio do círculo de convivência | 4ª |
| | Bebê em cuidados intensivos. | Cc V | Sentir-se bem e estar sem dor | 7ª |
| | Restringir a alimentação. | Cc III, Cc VI, Cc VII | Conhecimento | 1ª |
| Cc VII | Familiares ou pessoas próximas que influenciam nas | Cc II, Cc III, Cc VI, Cc VII, Cc | Apoio do círculo de convivência | 4ª |

| | | | | |
|----------------|--|---------------------------------------|----------------------------------|----|
| | decisões da nutriz | VIII | | |
| | Preocupar-se com a ausência de leite materno. | Cc VII | Autoconfiança e autoconhecimento | 6ª |
| | Não ter amamentado outros filhos. | Cc VII | Experiência anterior | 2ª |
| | Ter insegurança em pegar o bebê. | Cc VII | Autoconfiança e autoconhecimento | 6ª |
| | O bebê ser sonolento nas primeiras horas de vida. | Cc I, Cc VII | Conhecimento (complicação) | 1ª |
| | Ter ajuda profissional inadequada | Cc V, Cc VII | Apoio profissional | 3ª |
| | Restringir a alimentação. | Cc III, Cc VI, Cc VII | Conhecimento | 1ª |
| Cc VIII | Sentir dor. | Cc II, Cc III, Cc VIII | Sentir-se bem e estar sem dor | 7ª |
| | Ter fissura na região mamilo-areolar. | Cc III, Cc V, Cc VIII | Conhecimento (complicação) | 1ª |
| | Ter dificuldade em se posicionar e em posicionar o bebê. | Cc III, Cc VIII | Sentir-se bem e estar sem dor | 7ª |
| | Ficar nervosa. | Cc III, Cc VIII | Sentir-se bem e estar sem dor | 7ª |
| | Ter mama volumosa. | Cc VIII | Formato da mama e mamilo | |
| | Familiares ou pessoas próximas que influenciam nas decisões da nutriz. | Cc II, Cc III, Cc VI, Cc VII, Cc VIII | Apoio do círculo de convivência | 4ª |
| | A mulher voltar ao trabalho. | Cc I, Cc IV, Cc VI, Cc VIII | Trabalho | 8ª |
| | Ausência de apoio familiar. | Cc VIII | Apoio do círculo de convivência | 4ª |
| | Antecipar a licença maternidade por problema de saúde. | Cc VIII | Trabalho | 8ª |
| | Ter fissura na região mamilo-areolar que não | Cc VIII | Conhecimento (complicação) | 1ª |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | cicatrizava apenas com leite posterior. | | | |
|--|---|--|--|--|

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO – PROJETO Nº 399/08



PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 399/08

I – IDENTIFICAÇÃO

Título do projeto: Enfermagem em aleitamento materno: experiência de educação libertadora com grupos no alojamento

CONJUNTOÁrea: Enfermagem

Pesquisador Responsável: Dra. Evangelina Kotzias Atherino dos Santos.

Pesquisador Principal: Mda. Eliana Wiggers.

Data da coleta dos dados: abril e maio de 2009

Instituição em que será realizado o estudo: Unidade de Alojamento Conjunto da maternidade do Hospital Regional de São José Dr Homero de Miranda Gomes.

II – OBJETIVOS

- Conduzir uma prática educativa libertadora para a promoção do aleitamento materno com grupo de puérperas e

acompanhantes no alojamento conjunto seguindo o Itinerário de Paulo Freire.

- Identificar as contribuições do enfermeiro na condução de uma prática educativa libertadora na promoção do aleitamento materno com grupos do alojamento conjunto.

III – SUMÁRIO DO PROJETO:

Trata-se de um estudo de natureza social, de abordagem qualitativa e do tipo participante com mulheres e seus acompanhantes internados no alojamento conjunto da maternidade do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes durante os meses de abril e maio de 2009. A amostragem será intencional, sem prévia delimitação de número, constituída das convidadas que aceitarem participar do estudo e atenderem os critérios de inclusão. Durante a prática educativa (círculo de cultura) ocorrerá a coleta de dados. Os pesquisadores descrevem todas as etapas, procedimentos e instrumentos previstos. O projeto está amparado em pertinentes bases teóricas e metodológicas, bem como justificativas de sua proposição e contribuição.

IV – COMENTÁRIO:

A investigação tem relevância social, com potencial contribuição para a área de enfermagem e para o campo da educação em saúde. A pesquisadora responsável tem experiência de ensino e pesquisa na área e orientará mestrandas em Enfermagem. O protocolo da pesquisa esclarece adequadamente os procedimentos a serem adotados, além de conter documentos exigidos pelas regulamentações pertinentes e necessários para sua análise. A exceção se refere a ausência da declaração da Instituição onde se realizará o estudo e assinatura de seu representante na folha de rosto. Foi apresentada uma declaração do Comitê de Ética desta mesma instituição, informando que o projeto deu entrada no mesmo e que será analisada a autorização para desenvolvimento da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está adequado em conteúdo e linguagem.

V – PARECER CEP:

(X) pendência

PARECER:

Tendo em vista o exposto, somos de parecer **favorável a aprovação** do referido projeto condicionada a resolução da pendência referente a declaração e assinatura da folha de rosto pela Instituição onde se realizará o estudo.

***Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado, em reunião deste Comitê na data de 15 de dezembro de 2008.**


APRECIACÃO DE DOCUMENTAÇÃO APENSADA – Resolução de Pendência

Foi apreciada a inclusão ao processo dos seguintes documentos: folha de rosto com assinatura das duas instituições envolvidas. Declaração de compromisso do Hospital Regional de São José Dr Homero de Miranda Gomes, bem como parecer do Comitê de Ética em pesquisa desta mesma instituição (protocolo CEP 035/08). Deste modo, considerando atendidas as pendências anteriormente solicitadas, o parecer é pela ratificação da aprovação já obtida no CEP citado, por este Comitê.

VI – PARECER FINAL:

(X) APROVADO

*Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado em reunião deste Comitê na data de 16 de fevereiro de 2008.


Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPSPH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

ANEXO B – CERTIFICADO Nº 024



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
 Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO

Nº 024

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 399/08 FR-235666

TÍTULO: Enfermagem em aleitamento materno: experiência de educação libertadora com grupos no alojamento conjunto.

AUTOR: Evanguedia Kozias Atherino dos Santos e Eliana Wiggers.

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 16 de fevereiro de 2009.

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza