

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**A MULHER COMO FOCO CENTRAL NA PRÁTICA DO
ALEITAMENTO MATERNO: UMA EXPERIÊNCIA
ASSISTENCIAL FUNDAMENTADA NA TEORIA
DO AUTO-CUIDADO DE OREM**

Dissertação submetida à Uni-
versidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem.

EVANGUELIA KOTZIAS ATHERINO DOS SANTOS

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

SETEMBRO - 1991

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

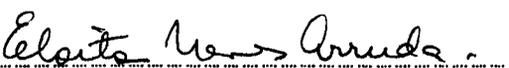
TÍTULO: A MULHER COMO FOCO CENTRAL NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MA-
TERNO: UMA EXPERIÊNCIA ASSISTENCIAL FUNDAMENTADA NA TEO-
RIA DO AUTO-CUIDADO DE OREM.

SUBMETIDA À BANCA EXAMINADORA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM ENFERMAGEM

Aprovada em: 29/11/91



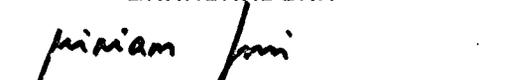
Dra. MERCEDES TRENTINI
PRESIDENTE



Dra. ELOITA NEVES ARRUDA
EXAMINADORA



Dra. LÚCIA H. TAKASE GONÇALVES
EXAMINADORA



Dra. MIRIAM PILLAR GROSSI
EXAMINADORA SUPLENTE

A DEUS

A maior de todas as forças.

AOS MEUS QUERIDOS PAIS

Antes de tudo pela possibilidade que me deram de existir, pelos ensinamentos, as bases que me fizeram crescer...

Depois, pela liberdade que me deram em escolher meus desafios e buscar meus sonhos.

Por último e sempre, pela fonte inesgotável de carinho, afeto e amor que me fazem sentir...

ICONOMUS ATHERINO (meu pai)

PARASQEVI KOTZIAS ATHERINO (minha mãe)

Minha grande admiração e eterna gratidão.

AOS FRUTOS DO AMOR, DOS SONHOS E DESAFIOS

Um sonho, duas vidas
Muitos encontros, o amor
Do amor, a união
Novos sonhos nascem e com eles grandes
desafios
Desafios e sonhos misturam-se em eter-
nas buscas.
Frutos do amor, dos sonhos e dos desa-
fios
Outras vidas: os filhos
Filhos da carne e quem sabe do espírito
também.
Isto não importa!
Importa que sejam frutos do amor, dos
sonhos e dos desafios
Desafios que nos fazem viver, crescer,
amar e sobretudo sonhar...
Sonhar com sonhos belos e bons
Aqueles que nos fazem voar alto, pensar
grande, sentir forte, buscar sempre e
incessantemente...

Meus amores e eternamente amados:
DANILO, meu querido esposo
RAPHAEL, MICHELE E MOUNIQUE, nossos
queridos filhos.
Quatro grandes expressões da minha
existência.

Com carinho,
da *Vanda*.

AGRADECIMENTOS

Chegou o grande momento... Aliás, um momento muito especial. Talvez o mais importante de toda a trajetória percorrida para a realização e conclusão do Curso de Mestrado que simbolicamente encerro com a apresentação deste trabalho. A jornada foi árdua, rica em provações e não foram poucas as vezes que senti a aspereza do caminho arbitrária e obstinadamente por mim escolhido. Como a própria existência, o mesmo apresentou-se demarcado por todas as possibilidades que o percurso do existir permite: pequenos atalhos, grandes declives, retas monótonas e intermináveis, horizontes incógnitos e às vezes solitários... Mas valeu a pena! Valeu sobretudo pelas demonstrações de carinho, amizade, desprendimento, compreensão, solidariedade, respeito e acima de tudo pelos gestos e atitudes duplamente dosados de amor e paciência recebidos de forma direta e indireta de inúmeras pessoas. Pessoas que pela generosidade e grandeza de espírito, profundidade e extensão do saber, perfeição de idéias e sobretudo nobreza de sentimentos, souberam semear em mim um profundo sentimento de afeto que agora se transforma em eterna gratidão. Gratidão pela mão amiga, pelo olhar compreensivo, pelo escutar paciente, pela palavra de estímulo, pelo sentir solidário, pelo saber compartilhado. Verdadeiras sementes de luz que me ajudaram a superar obstáculos, enfrentar desafios e sobretudo me fizeram

crescer...

Hoje ao me distanciar destas pessoas e destes anos de intensa busca, aprendizagem e aperfeiçoamento pessoal, onde entre êrros e acertos, alegrias e frustrações, fracassos e conquistas, tentei superar algumas de minhas tantas limitações, ao me reconhecer transformada, enriquecida e melhorada não só do ponto de vista intelectual mas sobretudo do ponto de vista espiritual, resta-me agradecer. Agradecer muito e a todos. E destes, alguns muito especialmente:

- A Deus, essa força maravilhosa que sinto em meu interior e no mundo que me cerca.

- Às mulheres às quais assisti, que tiveram a confiança de compartilhar comigo suas histórias e caminhos abrindo seus corações para este trabalho.

- À Professora Doutora MERCEDES TRENTINI minha orientadora e amiga, que além das ricas sugestões, contribuições, apoio carinhoso, compreensivo e competente em todas as etapas deste trabalho, soube com sua sensibilidade e sabedoria respeitar minha individualidade e reerguer o meu ânimo nos momentos de desalento e dificuldades.

- À Enfermeira RITA DE CÁSSIA HEINZEN ALMEIDA COELHO minha colega e amiga-irmã pelas demonstrações sinceras e afetuosas de apoio, preocupação e solidariedade constantes em todas as etapas deste trabalho. Também quero lhe agradecer pelas oportunidades preciosas de diálogo e discussão quase que diárias que se constituíram em solo fértil para minhas reflexões e sobretudo pela sua capacidade de sentir, compreender e tolerar meus momentos de aflicção teórico-existenciais aos quais experimentei ao longo da trajetória percorrida para a realização do curso e des-

te estudo.

- À Professora Doutora ELOITA NEVES ARRUDA pela participação na Banca Examinadora, pelo estímulo e valiosas contribuições acerca da Teoria do Auto-Cuidado de Orem, seja no que diz respeito ao apoio referente a seleção e acesso ao material bibliográfico, como também na análise, discussão e aprofundamento do mesmo. Agradeço também pelas contribuições oferecidas nos ensaios iniciais da concepção do marco conceitual deste estudo.

- À Professora Doutora LÚCIA M. TAKASE GONÇALVES pela participação na Banca Examinadora e pelas valiosas sugestões e contribuições ao trabalho.

- À Professora Doutora LYGIA FAIM MULLER DIAS pelo estímulo, pelas ricas contribuições e sugestões ao trabalho.

- À Professora Doutora INGRID ELSÉN pela maneira apaixonada, abnegada e competente com que semeia o saber de enfermagem.

- À Professora Doutora MIRIAM PILLAR GROSSI pela participação na Banca Examinadora, pelo estímulo e apoio recebidos, cedendo-me seu tempo, sua atenção, seus preciosos conhecimentos na área da Antropologia e sobretudo por me indicar o caminho do ouro nas questões referentes aos temas "mulher" e "gênero".

- Às minhas protetoras espirituais professora SÓFIA GRAMS, HULA, CHRISTIANE (minha irmã), D. ERNA CASTILHOS e ELSA M^{te} PIRES pelas orações e mentalizações que fizeram várias vezes reabastecer minhas energias e revigorar meu ânimo.

- Aos meus queridos irmãos MARIAZINHA, JORGE E CHRISTIANE pelos laços fraternos que nos unem, pelo estímulo, apoio e demonstrações de carinho durante a realização deste estudo.

- À Professora ANA MARIA BATISTA DA SILVA pelas contribuições valiosas acerca do tema aleitamento materno.

- À Professora CLEUSA RIOS MARTINS colega e amiga pelo apoio preciso em momentos difíceis.

- À enfermeira MARTA BAUER pelo desprendimento, apoio indispensável e amigo.

- Ao Corpo Docente do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pela parcela com que cada um a seu modo contribuiu para o meu crescimento.

- Aos colegas JONAS SALOMÃO SPRICIGO e ANTÔNIO DE MIRANDA WOSNY, atuais Chefe e Sub-chefe do Departamento de Enfermagem da UFSC pelo apoio institucional e amigo para a realização deste estudo.

- Às colegas da Vª Unidade Curricular (antigo integrado) do Curso de Graduação em Enfermagem pelo incentivo e pela colaboração para que este estudo chegasse a termo.

- Às colegas da turma do mestrado pela solidariedade, auxílio, estímulo e amizade.

- Aos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC por revitalizarem constantemente minha necessidade de buscar novos desafios e conhecimentos.

- Às colegas do NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS SOBRE GÊNERO (UFSC) e do Curso de Mestrado em Antropologia Social da UFSC pelas ricas discussões e contribuições para minha formação profissional e pessoal.

- Às enfermeiras ANGELA MARIA ALVAREZ e ANA ROSETE CAMARGO RODRIGUES MAIA pelas conversas informais, troca de idéias e experiências acerca da Teoria do Auto-cuidado de Orem.

- À Direção e Chefia do Serviço de Enfermagem da Maternidade Carmela Dutra pela oportunidade que me deram em realizar o curso de Mestrado bem como pela oportunidade de utilizar a instituição como campo de estágio para realizar as atividades práticas deste trabalho.

- Ao médico JORGE ABI SAAB NETO, ex-Diretor da Maternidade Carmela Dutra pelo apoio institucional e amigo necessários para a realização do curso.

- Ao médico CARLOS GILBERTO CRIPPA pelo estímulo, apoio, oportunidades de diálogo e troca de idéias durante a realização deste estudo.

- Ao médico pediatra MAURO DUARTE SCHUTEL FILHO pelas oportunidades de diálogo e discussões entusiasmadas acerca do aleitamento materno e de questões referentes ao presente estudo.

- À Chefia do Serviço de Enfermagem e demais Enfermeiras da Maternidade Carmela Dutra pelo apoio, atitudes de tolerância e compreensão durante a realização do Curso de Mestrado e também deste estudo.

- À enfermeira ELSA MARIA PIRES, Chefe do Serviço de Enfermagem da Maternidade Carmela Dutra pela compreensão e apoio diante das minhas frequentes necessidades de ausência.

- À enfermeira BEATRIZ REGINA PIMPÃO ex-Chefe do Serviço de Enfermagem da Maternidade Carmela Dutra pelo apoio institucional na liberação parcial de minhas atividades para a realização do curso de mestrado.

- À Equipe de Enfermagem do Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno, ROSANA, ZILDA, LUZIA, CARMELIM, SONIA, ORANDINA, VIRGÍNIA, GORETE, M^ã ANGÉLICA e Sr. MANDEL pelas contribuições ao trabalho e por se engajarem

de corpo e alma na concretização deste sonho que passou a ser nosso.

- À Equipe de Enfermagem da Unidade de Internação dos Quartos e Apartamentos da Maternidade Carmela Dutra (Posto II), pelo estímulo, apoio carinhoso e compreensão durante a realização do curso de Mestrado e deste trabalho.

- Ao pessoal dos demais setores de enfermagem da Maternidade Carmela Dutra e em especial do Posto I e Berçário de Alto Risco pelo apoio, participação e contribuições ao trabalho.

- Ao MÁRCIO FINARDI e sua competente equipe, especialmente à JOICE, pelo empenho, disponibilidade, paciência e pontualidade na digitação deste trabalho.

- Ao professor FERNANDO JOSÉ WOLKMER, pelas traduções competentes e pontuais que facilitaram o desenvolvimento deste estudo.

- À ROSA MARIA PEREIRA MARTINS, Secretária do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC e ao MAURÍCIO EDUARDO GRAIPEL, pela atenção carinhosa, apoio e acompanhamento em todo período da realização do curso.

- À MARGARETH NEVES esta criatura abençoada que Deus colocou em meu caminho, pelo carinho dispensado aos meus filhos, pelo apoio constante e pela preciosa e imprescindível colaboração no processo de administração do meu lar nas minhas frequentes ausências.

SUMÁRIO

CAPÍTULO	PÁGINA
1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS	19
2. REVISÃO DA LITERATURA	32
2.1. Sobre o tema mulher	33
2.1.1. À mulher e a problemática da subordinação universal ..	33
2.1.2. Maternidade e Paternidade: estudos sobre as represen- tações e modelos	45
2.2. A questão do aleitamento materno	55
2.2.1. Estudos sobre a importância e vantagens do aleitamento materno	55
2.2.2. Tendências da amamentação	59
2.2.3. Estudos sobre as causas do desmame precoce	63
2.2.4. Fatores que influenciam a mulher na prática do aleita- mento materno	69
2.2.5. Medidas de incentivo e modelos assistenciais dirigidos à mulher que amamenta	76
2.2.6. A enfermagem frente à prática do aleitamento materno .	82
2.3. Marcos conceituais fundamentados na teoria do auto-cui- dado de Orem aplicados na prática assistencial	85
3. MARCO CONCEITUAL	93

3.1. Pressupostos teórico-filosóficos	95
3.1.1. Do Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno	95
3.1.2. Da Teoria do Auto-Cuidado de Orem	96
3.1.3. Da autora deste trabalho	97
3.2. Conceitos	98
4. PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO OREM	123
5. IMPLEMENTAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL NA PRÁTICA	133
5.1. Metodologia	133
5.1.1. Aspectos gerais	133
5.1.2. Reconstituindo a trajetória da implementação do marco conceitual na prática	143
5.1.2.1. Aspectos gerais da implementação do marco conceitual na maternidade (I ^o Período)	144
5.1.2.2. Aspectos gerais da implementação do marco conceitual no domicílio (I ^o Período)	152
5.1.2.3. I ^a Etapa - Diagnóstico e Prescrição (levantamento de dados)	159
5.1.2.4. II ^a Etapa - Projecção e Planejamento de um Sistema de Enfermagem	165
5.1.2.5. III ^a Etapa: Provisão e Controle da Assistência de Enfermagem	167
5.1.2.6. Aspectos gerais da implementação do marco conceitual na maternidade (II ^o Período)	173
5.1.2.7. Aspectos gerais acerca da implementação do marco	

conceitual no domicílio (II ^o Período)	181
5.1.2.8. I ^a Etapa - Diagnóstico e Prescrição (levantamento de dados)	186
5.1.2.9. II ^a Etapa - Projeção e Planejamento de um Sistema de Enfermagem	186
5.1.2.10. III ^a Etapa: Provisão e Controle da Assistência de Enfermagem	187
5.2. Descrição geral do universo assistido	188
5.2.1. Perfil das mulheres assistidas	188
5.2.1.1. Características biográficas	188
5.2.1.2. Condição Sócio-econômica	194
5.2.2. Descrição de caso situação/cliente Anita	201
6. DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO	273
6.1. Comparação entre os principais conceitos do marco conceitual com a realidade encontrada	273
6.2. Aspectos que favoreceram a implementação do marco conceitual na prática	291
6.3. Dificuldades encontradas na implementação do marco conceitual na prática	293
6.4. Principais adaptações e modificações	294
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS, IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	296
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	303
9. ANEXOS	320

LISTA DE QUADROS

Quadro I - Representações da Maternidade	054
Quadro II - Razões citadas pelas mulheres para o desmame precoce em estudos realizados no Brasil	066
Quadro III - Obstáculos ao aleitamento materno	070
Quadro IV - Fatores que influenciam a decisão da mulher so- bre o modo de alimentar a criança	075
Quadro V - Medidas de incentivo ao aleitamento materno	077
Quadro VI - Distribuição das mulheres assistidas e seus côn- juges segundo a idade, a naturalidade, local de residência, origem étnica e religião	189
Quadro VII - Distribuição das mulheres e seus cônjuges segun- do o grau de escolaridade, a ocupação, profis- são, tipo de previdência e condição de mora- dia	195
Quadro VIII - Distribuição das mulheres segundo o estado ci- vil, tipo e tempo de união, situação familiar e número de gestações	199

LISTA DE FIGURAS

- Figura 01 - Relacionamento dos elementos conceituais da teoria do auto-cuidado de Orem adaptados à situação da mulher na prática do aleitamento materno 122
- Figura 02 - Representação esquemática da estrutura do processo de enfermagem baseado em Orem 127

"Para todos aqueles que trabalham com os setores populares uma das mais vivas e apaixonantes questões é a da relação entre a teoria e a prática, pois o elemento popular sente mas nem sempre compreende ou sabe; e o elemento intelectual sabe, mas nem sempre compreende ou particularmente sente".

GRAMSCI

RESUMO

Este estudo consiste na elaboração e implementação de um marco conceitual e um processo de enfermagem fundamentados na Teoria de Auto-Cuidado de OREM tendo como foco central a mulher na prática do aleitamento materno. Os conceitos utilizados neste marco foram: ser humano, meio-ambiente, auto-cuidado, competência do indivíduo para o auto-cuidado, demanda terapêutica para o auto-cuidado, competência da enfermagem para agenciar o auto-cuidado, aprendizagem, saúde/doença, enfermagem e comunidade/sociedade. Para a operacionalização deste marco utilizou-se a metodologia do processo de enfermagem de acordo com as fases e etapas preconizadas por OREM. As mesmas estão subdivididas em duas fases, uma intelectual e outra prática e em três etapas: diagnóstico e prescrição de enfermagem (levantamento de dados), projeção e planejamento do sistema de assistência de enfermagem e provisão e controle da assistência de enfermagem. A metodologia assistencial foi desenvolvida com 10 (dez) mulheres, no período de fevereiro de 1989 à dezembro de 1990 e sua implementação teve início em uma maternidade de Florianópolis - SC, sendo posteriormente estendida ao domicílio das mesmas. O diagnóstico de enfermagem foi realizado durante o período de internação das mulheres na maternidade e por ocasião das visitas domiciliares,

através de entrevistas, consulta aos prontuários hospitalares e observação, segundo instrumento elaborado para esta finalidade. A assistência de enfermagem foi planejada e desenvolvida a partir da identificação dos déficits de competência para o auto-cuidado apresentados pelas mulheres no aleitamento materno, de acordo com o marco conceitual elaborado e etapas do processo de enfermagem. Com base nesta prática assistencial verificou-se que o marco conceitual foi adequado para direcionar a assistência de enfermagem prestada a estas mulheres e o processo de enfermagem foi operacionalizável na prática, favorecendo o direcionamento das ações terapêuticas de auto-cuidado necessárias à assistência de cada mulher, a partir da realidade concretamente vivenciada pelas mesmas. Finalmente considera-se que o marco conceitual propiciou vislumbrar a mulher na prática do aleitamento materno de forma holística, promovendo seu crescimento como ser humano, fazendo-a descobrir a si mesma, suas potencialidades e limitações.

ABSTRACT

This is a study dealing with the design and implementation of a conceptual framework and a nursing process, based on DREM's Self-Care Theory, and having as its central focus the woman who breast feeds her child. Concepts used in this framework were: The human being, environment, self-care, self-care agency, therapeutic self-care demand, nursing ability as self-care agents, learning, health/disease, nursing, and community/society. To make the framework operational, the nursing process methodology was employed, following those phases and stages as preconized by DREM. The phases, in number of two, are an intellectual and a practical one, whereas the stages, in the number of three, are the diagnosis and nursing prescription (data collecting), design and planning of the nursing assistance system, and nursing assistance supplying and management. Nursing care methodology was provided to 10 (ten) women, from February 1989 to December 1990, implemented at a maternity ward in Florianopolis-SC and later on extended to the patients' home. Nursing diagnosis was performed during patients stay at the maternity ward and also at home calls, using the interview, patient's hospital chart consultation, and observation, through a tool specifically designed for this end. Nursing assistance

was planned and developed based on the identification of self-care agency deficits presented by women during breast-feeding, following the conceptual framework and stages of the nursing process. Based on this assistance practice, the framework proved to be adequate in regulating nursing assistance offered to these women. Also, the nursing process was operational in practice, favoring the directioning of self-care therapeutical actions needed to assist each of the patients mirrored on the reality they concretely experienced. Finally, it is accepted the conceptual framework allowed for a holistic image of the women when practicing breastfeeding, promoting her own growth as a human being, helping her to discover her own self, as well as her potentialities and limitations.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Onde, como, quando e porquê tudo começou...

Para os que me conhecem talvez fôsse desnecessário dizer o motivo central que me levou a optar pelo tema deste trabalho. Penso que a minha trajetória vivida como enfermeira ao longo dos últimos dez anos, revela por si só, de forma persistente e marcante o meu interesse e entusiasmo pela área do aleitamento materno, fazendo até com que alguns me identifiquem como "amiga do peito", "entusiasta" do aleitamento materno, entre outras qualificações que me colocam como aliada por excelência ao lado desta prática. Na realidade tenho investido juntamente com outros profissionais que atuam em meu serviço, tempo e esforços consideráveis no sentido de promover o aleitamento materno em nossa comunidade.

A reconstituição dessa trajetória entretanto se faz necessária não só para justificar a opção pelo tema "aleitamento materno" como também para esclarecer o motivo que me levou a eleger a mulher como foco central nesta prática e ainda, o porquê da opção pela teoria do Auto-Cuidado de Orem para direcionar a assistência de enfermagem nesta situação específica. Mas por

onde começar? Penso que deva ser do "início" ou seja, de quando comecei a exercer minhas atividades profissionais como enfermeira. Isto se deu em julho de 1976, seis dias após ter concluído o curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina.

Cheia de idealismo, desejosa em colocar em prática os conhecimentos adquiridos no decorrer de minha formação profissional, iniciei as atividades como enfermeira assistencial em uma maternidade, que se configurou para mim logo de imediato como um "destino inevitável" pois nela criei raízes e permaneço até hoje. Concomitantemente às funções assistenciais passei a desenvolver atividades docentes em uma escola técnica de enfermagem por um período que durou um ano, tempo suficiente para que eu ingressasse como docente no Departamento de Enfermagem da mesma escola em que me graduei.

No decorrer dos primeiros anos exerci minhas atividades assistenciais e docentes em uma unidade de internação onde eram assistidas mulheres de estrato social baixo e marginalizado, internadas para tratamento ginecológico e oncológico, provenientes de diversas localidades do Estado de S.C. Eram mulheres de diferentes origens étnicas, raças, ocupações, idades e estilo de vida, mas que junto de si exibiam um traço em comum: sabiam pouco sobre sua constituição biológica, sobre suas necessidades de saúde. Aparentemente desamparadas diante de seus ritmos e ciclos, cultivavam fortes sentimentos de vergonha em relação à estrutura e funcionamento de seus corpos, bem como de medo diante das alterações ocorridas nos mesmos. Mulheres que, por desconhe-

cerem aspectos básicos de sua constituição biológica (estrutura, funcionamento e desenvolvimento), de métodos de prevenção e importância do tratamento precoce em relação a algumas alterações no seu estado de saúde, bem como dos fatores de risco relacionados a algumas doenças, experimentavam com frequência a dor, o sofrimento, a perda de órgãos como a mama, o útero, os ovários e muitas vezes a própria vida.

Lembro-me que algumas, no desespero de experimentarem uma gravidez indesejada, recorriam com frequência à prática do aborto, quase sempre utilizando métodos não assépticos e extremamente agressivos como agulhas de tricô, sondas, instrumentos ponteados, chás e poções abortivas, o que lhes acarretava complicações desde as mais simples, como as infecções localizadas, até as mais complexas como as pelviperitonites, septicemias, quando não a morte.

Outras, muitas vezes ainda jovens, apresentavam tumores malignos de colo uterino, absolutamente preveníveis, com estadiamento extremamente avançado, o que as incluía no grupo denominado por alguns médicos oncologistas de "FPT" ou seja, fora de possibilidades terapêuticas.

Neste período a abordagem assistencial por mim adotada fundamentava-se na teoria de Horta, desenvolvida a partir da teoria da motivação humana de Maslow, que por sua vez sustentava-se nas necessidades humanas básicas. Esta teoria de enfermagem foi a única abordada durante a minha formação profissional a nível de graduação e sua utilização na prática durante este período embora seguisse o modelo biomédico, cartesiano, mostrou-se

extremamente útil, especialmente no que se refere ao conhecimento das necessidades básicas das mulheres assistidas, bem como de suas limitações e potencialidades frente as situações de saúde/doença. Foi a partir da implementação desta teoria na prática que passei de fato a melhor compreender, a sentir e a saber sobre a realidade vivenciada por estas mulheres.

Este período que teve a duração de cinco anos foi suficiente para eu perceber que a problemática da saúde da mulher constituía-se em um campo fértil para minha atuação profissional, quer a nível de prevenção primária, secundária ou prevenção terciária conforme preconizam LEAVELL & CLARK (1978). Aliás foi experienciando esta realidade concreta, que aprendi de fato a importância das medidas de promoção da saúde e proteção específica para as diversas situações de saúde/doença específicas à mulher. Neste particular percebi também que, independente do estrato social, raça, religião e estilo de vida, as mulheres mais do que nunca precisariam conhecer mais sobre sua constituição biológica, suas necessidades de saúde, os riscos ocupacionais que lhe são específicos, sobre os padrões emocionais que acompanham seus ritmos e ciclos, tais como a menstruação, a gravidez (desejada ou não), o parto, a amamentação, a menopausa, entre outros aspectos não menos relevantes.

Até aqui meu envolvimento com a questão do aleitamento materno era mínimo, quase nulo e quanto à teoria do Auto-Cuidado de Orem, ainda não a conhecia. Foi partir dos anos seguintes que passei a me envolver com os mesmos.

A passagem destes primeiros cinco anos para os dez anos seguintes assinala um novo período de minha trajetória profissional. Surgem novos desafios e com eles novas responsabilidades. Assumo a Chefia do Serviço de Enfermagem da instituição. Agora, além das atividades assistenciais e de ensino assumo atividades administrativas, gerenciais. Isto se deu em 1981, momento em que, de um lado era lançado no Brasil a Campanha Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e por outro, eu iniciava o Curso de Especialização em Enfermagem na Saúde do Adulto, promovido pelo Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Em relação ao primeiro pude assistir na época, a um movimento intenso nos diversos segmentos da sociedade brasileira no sentido de promover o aleitamento materno e reverter os índices alarmantes de desmame precoce em nosso meio. Profissionais e instituições da área da saúde e da educação bem como a sociedade em geral são conclamados a se engajar na luta pró-aleitamento materno. Inserida neste contexto e diretamente envolvida com a problemática uma vez que desenvolvia minhas atividades assistenciais, docentes e administrativas em uma maternidade, passei a me envolver e interessar pelo tema.

No que diz respeito às atividades técnico-administrativas, tive oportunidade de participar da revisão e elaboração das rotinas internas da instituição visando a promoção do aleitamento materno, como por exemplo: implantação do sistema alojamento conjunto em substituição ao berçário tradicional para mães e recém-nascidos normais, planejamento, implantação e funcionamento do Banco de Leite Humano e CIAM (ASSIS, et alii, 1983,

SANTOS & ASSIS, 1985), criação de uma comissão interdisciplinar interna de incentivo ao aleitamento materno, treinamento de pessoal, entre outras atividades.

Quanto às atividades científicas, além de me tornar uma leitora assídua das publicações referentes ao tema, tive o privilégio de participar de inúmeros congressos, jornadas, simpósios e cursos que muito me enriqueceram. Por outro lado tive também a oportunidade de conhecer profissionais renomados nesta área, verdadeiros entusiastas do aleitamento materno entre os quais destaco José Martins Filho (SP), José Dias Rego (RJ), Vera Heloísa P. Vinha (SP) e Selma Campestrini (PR) cujos discursos e práticas coerentes e convincentes carregaram grande número de adeptos e defensores do aleitamento materno em nosso país.

Em relação à assistência, a qual passei a me engajar em função dos conhecimentos teóricos adquiridos acerca do valor inestimável do leite humano bem como da importância e vantagens do aleitamento materno, pude perceber logo de imediato, através da minha atuação como enfermeira do Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno (CIAM), que as mulheres de um modo geral, mais uma vez, demonstravam pouco conhecimento sobre aspectos básicos da estrutura e funcionamento de seus corpos, agora mais especificamente no que se refere à lactação. Neste particular, tive a oportunidade de prestar assistência de enfermagem à mulheres que, embora motivadas para amamentar, desconheciam completamente a estrutura da glândula mamária, a fisiologia da lactação, os fatores que interferem na prática do aleitamento materno, os cuidados profiláticos relativos

aos principais problemas com a lactação, tais como fissura/trauma mamilar, hipogalactia, mastite e engurgitamento mamário, o que dificultava sobremaneira a obtenção de êxito nesta prática. Aliás, estas mulheres em sua grande maioria apresentavam-se despreparadas para amamentar não só no que diz respeito ao aspecto cognitivo, mas também no que se refere aos aspectos físicos, afetivos e ambientais (cultura da mamadeira).

Esta realidade tão rica e amplamente vivenciada na prática, aliada a leitura constante de trabalhos na área, reforçava mais uma vez a importância e necessidade de eleger a mulher como foco central no aleitamento materno.

No que se refere ao segundo, ou seja, à realização do curso de Especialização em Enfermagem na Saúde do Adulto (UFSC), tive a oportunidade de realizar a disciplina Metodologia da Assistência de responsabilidade na época, das professoras Lidvina Horr e Eloita Pereira Neves, sendo que a última recém chegava dos Estados Unidos da América do seu curso de doutoramento em Enfermagem. Foi realizando essa disciplina que tive pela primeira vez contato com outras teorias de enfermagem especialmente no que se refere as teorias de King, Orem, Rogers e Roy, todas enfermeiras norte-americanas.

Lembro-me que para a avaliação final desta disciplina foi exigido um trabalho escrito individual que versasse sobre um dos seguintes temas: (a) comparação das teorias de enfermagem de Horta, King, Rogers, Roy e Orem; (b) seleção de uma destas teorias e organização de um método de assistência que incluísse os passos do processo de enfermagem referentes ao histórico e diag-

nóstico de enfermagem; (c) seleção de uma das teorias de enfermagem, elaboração de um formulário e sua utilização para coleta de dados incluindo todas etapas do processo de enfermagem e finalmente (d) elaboração de um marco de referência para a prática com base em uma ou mais teorias selecionadas e sua utilização como guia para a assistência de enfermagem a um paciente. Destas propostas em função da necessidade que senti em aprofundar os conhecimentos acerca das referidas teorias, optei pela realização da primeira, que resultou num trabalho que foi publicado anos mais tarde (SANTOS, 1985).

A partir do estudo e aprofundamento das referidas teorias e de reflexões acerca da prática que eu vinha desenvolvendo, pude perceber que a teoria do Auto-Cuidado de Orem poderia ser útil como guia no direcionamento da assistência de enfermagem à população de mulheres assistidas. Esta teoria foi desenvolvida a partir de um marco conceitual no qual OREM (1971, 1980, 1985) acredita que o profissional de enfermagem juntamente com o cliente devem identificar "déficits" de competência no atendimento das necessidades individuais de auto-cuidado, procurando desenvolver nestes indivíduos os potenciais já existentes para a prática do auto-cuidado. De acordo com este marco, o profissional de enfermagem intervém como regulador do sistema de auto-cuidado do indivíduo fazendo por ele aquilo que o mesmo não pode fazer por si mesmo, ensinando, orientando e promovendo o desenvolvimento de suas capacidades para que possa se tornar independente da assistência de enfermagem assumindo seu auto-cuidado.

Assim sendo, de acordo com o entendimento prévio que eu tinha, esta teoria se aplicada a este universo de mulheres, possibilitaria resgatar de forma efetiva a participação da mulher como um "ser sujeito" nas decisões e cuidados sobre sua própria saúde estimulando seus potenciais já existentes e até devolvendo-lhe um saber/poder que historicamente lhe fora expropriado (KNIBIEHLER & FOUQUET, 1977, PITANGUY, 1989). Foi então a partir da realização desta disciplina que comecei a me interessar pela mesma.

Prosseguindo minha trajetória profissional sem me desvincular do ensino e da assistência, pude experienciar alguns anos mais tarde, a implementação da teoria do Auto-Cuidado na prática. Isto se deu em 1984, quando fui procurada e convidada por um grupo de quatro alunas da VIIIª Unidade Curricular (atual 8ª fase) do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, para ser orientadora de um projeto assistencial a ser desenvolvido com puerperas na maternidade a partir da teoria de Drem. De início confesso que, de um lado me senti temerosa em aceitar o convite pois ainda me sentia pouco instrumentalizada e até insegura quanto à implementação prática da referida teoria. Mas por outro lado, entendi que este poderia ser um momento importante de aprendizagem não só para as alunas mas também e sobretudo para mim. Prevalecendo o segundo, aceitei o desafio. Embora com limitações e algumas dificuldades operacionais, a experiência foi bastante rica e gratificante constituindo-se em um momento privilegiado tanto no que diz respeito à absorção de novos conceitos e conhecimentos para o direcionamento da assistência de en-

fermagem prestada, como também para desmistificar a dicotomia teoria/prática. O relato desta experiência foi publicado dois anos mais tarde (REMDR, et alii, 1986).

Foi com base nesta experiência descrita acima que desde quando iniciei a cursar o mestrado em 87/02, tive como objetivo desenvolver algum estudo envolvendo a mulher, a teoria do auto-cuidado e o aleitamento materno. A princípio cogitei em realizar um estudo acerca da competência da mulher para o auto-cuidado no aleitamento materno direcionando esforços no sentido de aprofundar meus conhecimentos no que diz respeito à estes temas.

Em relação ao aleitamento materno, ao buscar novos conhecimentos através da revisão da literatura, agora com uma visão mais rigorosa, profunda e global acerca do tema, identifiquei importantes lacunas de conhecimento sob o ângulo da mulher. Neste particular constatei que o foco ideológico que permeava a grande maioria dos estudos publicados apontava para duas direções: de um lado para criança que mama (o receptor) e do outro para o produto (o leite humano), com todas as suas propriedades imunológicas, nutricionais e bioquímicas. Assim, enquanto inúmeros conhecimentos já se mostravam definitivos e claros quanto ao valor inestimável do leite humano e diversos estudos se empenhavam em comprovar os malefícios para a criança do não recebimento deste alimento, constatei que pouco se tinha feito no que diz respeito à mulher lactante. Isto vinha reforçar mais uma vez a necessidade e importância de deslocar a questão do enfoque predominantemente pediátrico para outras direções, especialmente,

no que se refere à mulher.

Quanto à teoria do auto-cuidado, realizei uma disciplina optativa objetivando aprofundar meus conhecimentos em relação ao auto-cuidado e competência do indivíduo para o auto-cuidado. Ao cursar esta disciplina tive a oportunidade de rever a produção de conhecimentos referente à teoria de Orem propriamente dita bem como aos estudos realizados em relação a estes conceitos.

No transcurso da realização destas disciplinas bem como de outras que se davam paralelamente, surgiu uma nova proposta apresentada pelas docentes do curso de mestrado: transformar o projeto que estava sendo desenvolvido para a disciplina de Prática Assistencial, no projeto de dissertação. Este projeto constituía-se na elaboração e implementação de um marco conceitual fundamentado em uma das teorias de enfermagem para direcionar a assistência à indivíduos/grupos em alguma situação específica de saúde/doença.

Logo de imediato esta proposta se configurou para mim em um desafio tentador e irrecusável em decorrência de várias razões. Em primeiro lugar porque possibilitaria resgatar e revitalizar aspectos relevantes de minha trajetória profissional fazendo valer a experiência, a motivação e os conhecimentos que adquiri ao longo destes anos acerca dos temas mulher, aleitamento materno e teoria do auto-cuidado. Em segundo lugar porque eu acreditava que a organização do conhecimento para direcionar a prática assistencial desenvolvida pela enfermagem, se revestia de fundamental importância. Isto porque permitiria ao profissio-

nal buscar respostas e soluções para as questões/problema vivenciadas no dia a dia através de reflexões, o que certamente reverteria em avanços no conhecimento da enfermagem e consequentemente determinaria progressos na qualidade da assistência prestada. Em terceiro lugar por que considerava extremamente importante a absorção das teorias de enfermagem na prática como forma de contribuir para a consolidação da enfermagem como uma profissão com um corpo de conhecimentos próprios, autônoma frente à outras disciplinas da área de ciências da saúde. E em quarto e último lugar por entender que a implementação da referida proposta poderia trazer implicações importantes para a enfermagem, tanto no que diz respeito à assistência, como também ao ensino e à pesquisa.

Assim, alicerçada nestas reflexões e na minha trajetória profissional aceitei o desafio e optei neste estudo pela elaboração e implementação de um marco conceitual e um processo de enfermagem fundamentados na teoria do auto-cuidado de Dorothea Orem, para direcionar a assistência de enfermagem à mulher no aleitamento materno.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Prestar assistência de enfermagem à mulher no aleitamento materno utilizando um marco conceitual fundamentado na Teoria do Auto-Cuidado de Dorothea Orem.

Objetivos Específicos

- Elaborar um marco conceitual e um processo de enfermagem fundamentados na Teoria do Auto-Cuidado de Orem para direcionar a assistência de enfermagem à mulher no aleitamento materno.

- Implementar o processo de enfermagem à mulher no aleitamento materno baseado no marco conceitual elaborado.

- Avaliar a aplicabilidade e utilidade do marco conceitual para a assistência de enfermagem à mulher no aleitamento materno.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo está subdividido em três partes e tem como objetivo apresentar e discutir estudos relacionados com os seguintes itens:

PARTE I - Sobre o tema mulher:

- A mulher e a problemática da subordinação universal.
- Maternidade e paternidade: estudos sobre as representações e modelos.

PARTE II - A questão do aleitamento materno:

- Estudos sobre a importância e vantagens do aleitamento materno.
- Tendências da amamentação.
- Estudos sobre as causas do desmame precoce.
- Fatores que influenciam a mulher na prática do aleitamento materno.
- Medidas de incentivo e modelos assistenciais dirigidos à mulher que amamenta.
- A enfermagem frente à prática do aleitamento materno.

PARTE III - Marcos conceituais fundamentados na teoria do autocuidado de Orem aplicados na prática assistencial.

2.1. Sobre o Tema Mulher

Eleger a "mulher" como foco central na prática do aleitamento materno para prestar assistência de enfermagem a partir de um marco conceitual fundamentado na teoria do autocuidado de Orem, pressupõe em primeiro lugar uma análise e compreensão mais profunda acerca das concepções do que é ser mulher, da posição que a mesma ocupa na sociedade e dos papéis que lhe são atribuídos. Em segundo lugar, considero importante conhecer, ainda que brevemente alguns estudos sobre representações e modelos de maternidade e paternidade, cujos arquétipos ideologicamente estruturados e indissociáveis das concepções correntes de homem, mulher, família, criança vão se constituir em elementos fundamentais na prática do aleitamento materno.

2.1.1. A Mulher e a Problemática da Subordinação Universal

Para tentar situar e compreender a posição que a mulher ocupa no contexto social contemporâneo é preciso voltar os olhos para alguns dos muitos estudos realizados, na sua maioria por cientistas sociais, sobre a condição existencial feminina em diferentes épocas e culturas. Apesar da diversidade das abordagens, é possível identificar um traço comum nestes estudos: a preocupação com a questão da origem e existência da subordinação universal da mulher. De acordo com FRANCHETTO et alii (1981), existem duas visões distintas para esta questão. A primeira, que considera a posição de subordinação como atributo social especí-

fico do ser mulher, onde a mesma é vislumbrada sobretudo como vinculada à reprodução da espécie. Sob esta ótica, a diferença hierárquica entre homem e mulher antecederia a divisão da sociedade em classes. E a segunda, que considera a subordinação da mulher como resultante da divisão da sociedade em classes, tendo como reais opressores o capitalismo e a burguesia.

Tais posições me fazem reportar aos inúmeros estudos de campo realizados por etnólogos e antropólogos que ao falarem da diversidade das culturas analisadas, são unânimes em proclamar as contradições existentes nas relações entre os sexos, levando-me a concordar, a princípio com aqueles que postulam a origem da subordinação da mulher como precedente à divisão da sociedade em classes.

Como observa BALANDIER (1976, p.65) "a origem do poder macho confunde-se com as origens da sociedade". Este antropólogo, ao percorrer grandes áreas culturais da África Negra, de formações sociais das mais diversas em vista de sua localização, volume das populações e modos de organização, deu-nos a conhecer elementos importantes no que se refere ao estabelecimento das relações entre os sexos e, em especial à condição existencial feminina. Os exemplos citados pelo autor, a partir de narrativas mitológicas, colocam em destaque o dualismo sexualizado, suas representações, suas ideologias, bem como os dinamismos sociais que dele se originam. As relações entre homem e mulher descritas por BALANDIER (1976), sob o duplo signo da alteridade e da oposição, demonstram que o dado mais geral encontrado, é a afirmação da inferioridade da mulher, fortemente assinalada pela sua

marginalização, subordinação e acantonamento na esfera das coisas. Visualizada como o outro, mais do que parceira complementar para o homem, a mulher é considerada como um elemento antagonista, situada numa relação de oposição, levando o autor a identificá-la não somente como a metade necessária e subordinada, mas também como a metade perigosa.

Por outro lado, há quase três décadas a antropóloga MEAD (1971, 1988), embora sem insistir muito na questão da subordinação da mulher, mostra através de estudos comparativos realizados em diferentes culturas, que existe uma grande variedade de modos pelos quais os papéis sexuais estão padronizados. Esta autora ao descrever três diferentes tipos de sociedades primitivas - os Arapesh, os Mundugumor e os Tchambuli, localizados na Nova Guiné, demonstra que os conceitos de masculinidade e feminilidade são extremamente susceptíveis e muitas vezes até contraditórios, podendo variar substancialmente de uma cultura para outra. Tal constatação obviamente não explica a origem da subordinação universal da mulher mas certamente fornece subsídios valiosos para a análise e compreensão da desnaturalização das relações entre homem e mulher.

Mais recentemente, outros estudiosos tem se preocupado com a problemática da subordinação universal da mulher, especialmente no que concerne à sua existência, origem e fatores determinantes. A exemplo destes destaco GODELIER (1980), que ao analisar as relações do homem e mulher em sociedades extremamente diversificadas, desde sua estruturação até seu funcionamento, também postula a existência da subordinação feminina antes mesmo

da sociedade capitalista e, da mesma forma que HÉRITIER (1987), entende que tal subordinação está presente na sociedade ocidental e se constitui em uma realidade tridimensional, ou seja, econômica, política e simbólica.

Apesar de fazerem algumas reservas quanto ao recenseamento das sociedades humanas existentes ou que existiram, estes autores são cúmplices em admitir a presença de uma forte probabilidade estatística da universalidade da subordinação feminina resultante da análise da literatura antropológica sobre a questão. Por outro lado, frente a esta afirmação, é possível constatar sob a forma de práticas e discursos contestatórios, especialmente de feministas, uma série de críticas, argumentos e questionamentos acerca do papel da antropologia na questão da subordinação feminina.

De acordo com HÉRITIER (1987), uma das críticas apontadas neste sentido, refere-se ao fato de que a maioria dos estudos antropológicos foram realizados por homens (ocidentais) e que, quando efetuados pelas mulheres, estas foram influenciadas pela ideologia dominante de sua própria sociedade, ou seja, aquela que valoriza o mundo dos homens. Assim, um duplo ponto de vista, etnocêntrico e androcêntrico, levaria os antropólogos a verem as outras sociedades com os olhos da nossa e, particularmente com os olhos do homem, entre nós dominante, o que explicaria a imagem do estatuto desvalorizado da mulher, presente na literatura antropológica.

Entre os que defendem esta posição inclui-se MOTA (1980), que ao abordar a questão, aponta para a necessidade de

se rever e questionar os trabalhos científicos desenvolvidos, seus pressupostos, suas perguntas, procurando identificar e analisar criticamente as causas para este posicionamento, supostamente universal da mulher, através dos tempos. Os argumentos utilizados pela autora para provar a presença de altas doses de androcentrismo nas construções antropológicas parecem bastante úteis e convincentes. Em sua análise, toma como ponto de partida a própria definição de Antropologia, classicamente concebida como a "ciência do homem". Tal definição, segundo a autora, situa o homem como categoria genérica, isto é, subentendendo-se que se refere aos seres humanos em geral, ou seja, tanto homens como mulheres. O termo homem, assim utilizado, adverte a autora, é altamente ambíguo, pois tanto pode ser utilizado para designar a humanidade como um todo, como também para se referir ao macho da espécie, derivando daí, sérios problemas de interpretação e análise científicas. A autora insiste no fato de que a utilização genérica e universal na prática do termo homem enquanto humanidade, leva naturalmente a formação de uma imagem mental do homem enquanto macho da espécie, fazendo-o prevalecer sobre a mulher em todos os níveis, deixando-a à sua sombra através dos séculos.

Outro aspecto que considerarei importante ser realçado na questão da subordinação universal da mulher está relacionado com a criação dos mitos. Entre os que percorreram os estudos sobre a origem histórica desta subordinação, destaca-se o mito do matriarcado. Admite-se que a tese evolucionista de um matriarcado primitivo, defendida por Bachofen, Morgan e mais tarde por Engels, citados por BADINTER (1986), experimentou o sucesso no

século XIX. Segundo a autora, esta teoria se sustentava no fato de que teria havido um estado inicial da humanidade em que a paternidade fisiológica era colocada em dúvida, até mesmo ignorada. Nestas sociedades as mulheres detinham o poder e dominavam política, econômica e ideologicamente os homens. Entretanto, sublinham FRANCHETTO et alii (1981), esta teoria passou a ser contestada já por contemporâneos de Bachofen, que procuravam provar que a descendência matrilinear não comportava poder feminino. A partir de estudos etnográficos sobre sociedades primitivas realizados mais recentemente, muitos chegaram a conclusão de que o matriarcado nunca existiu, perdendo assim sua validade histórica, mas permanecendo como imagem de um poder feminino, que se transformou em mito.

A exemplo de tantos outros, HÉRITIER (1987) mostrou-se convicta deste fato. Para ela o termo matriarcado¹ é utilizado para referenciar situações de matrilinearidade². Mesmo entre os Iroquenses que mais se aproximavam da definição de matriarcado, sublinha a antropóloga, os homens se consideravam superiores e

1. "Uma sociedade matriarcal é uma sociedade onde uma parte, se não a totalidade dos poderes legais que dependem da organização e do governo da família - propriedade, herança, casamento, casa -, está nas mãos das mulheres mais do que nas dos homens" (MEAD, 1975).

2. "Fala-se de sociedades matrilineares quando um homem recebe seu nome, suas terras ou tudo do irmão de sua mãe, por intermédio desta última. O que não implica que as mulheres disponham de um grande poder, embora sejam bastante favorecidas para que não haja poligamia" (MEAD, 1975).

detinham o poder. Tal fato é demonstrado claramente pela autora quando relata que, se de um lado as matronas administravam e dirigiam a vida das grandes casas, por outro, elas não tinham acesso ao Conselho de Anciões, onde eram representadas por um homem que falava em seus nomes.

Entretanto, apesar da idade de ouro da mulher não ter sido cientificamente validada através da história, algumas feministas como Reed e Firestone, citadas por FRANCHETTO et alii (1981), retomaram a teoria do matriarcado primitivo nos anos de 1970-1980, a partir de um novo ângulo, o da mulher. Para elas o poder que as mulheres não tem no presente, já o tiveram no passado e voltarão a tê-lo na utopia do futuro. Num misto de ilusão e concreticidade estas autoras vislumbram um futuro mais justo e igualitário para a mulher que ocupará um novo espaço na sociedade a partir de uma total revolução (social, cultural, biológica e política), que sem dúvida já começou.

E é exatamente a partir da incursão da problemática feminista na antropologia, que vão emergir novos enfoques acerca da questão da subordinação da mulher. Rosaldo e Atkinson, também citadas por FRANCHETTO et alii (1981), ao estudarem a distinção cultural entre o masculino e feminino elaborada entre os Illongot, introduzem o termo assimetria em substituição ao de opressão (subordinação). Tal conceituação, sugerem FRANCHETTO et alii (1981), nos dá a possibilidade de pensar em uma relação entre dois pólos (homem-mulher), que são percebidos de maneira diferente, sem que a diferença seja interpretada como de opressão e subordinação.

Entre as várias abordagens que propõem explicações para a pretensa universalidade de subordinação da mulher, existem ainda aquelas em que são travadas discussões à respeito dos binômios natureza/cultura e esferas pública/doméstica.

Em relação à discussão entre natureza e cultura alguns autores tem recorrido à teoria do incesto de LÉVI-STRAUSS (1976) para elucidar alguns aspectos. De acordo com esta teoria a passagem da natureza para cultura se fez por meio da proibição do incesto. Tal proibição teria sido determinada pela necessidade básica dos seres primitivos que vivendo isoladamente em pequenos grupos tiveram de estabelecer alianças com grupos vizinhos. Tais alianças, que são estabelecidas através das trocas matrimoniais (casamento), só acontecem porque o incesto é proibido, isto é, já que os homens estão impedidos de casar com suas irmãs e mães, alianças com outros homens se fazem necessárias, para que obtenham mulheres (mães e irmãs) em troca das suas. Deste modo, através da exogamia e da troca de mulheres, estranhos tornam-se parentes, nascendo assim a primeira instituição social, o parentesco.

Cabe aqui considerar a distinção estabelecida por LÉVI-STRAUSS entre natureza e cultura. De acordo com este autor, tudo aquilo que é universal no homem (humanidade), pertence ao domínio da natureza e tem como característica a espontaneidade, e tudo aquilo que está ligado a uma norma, instituição ou costume, pertence ao domínio da cultura e tem como atributos o relativo e o particular. Entretanto este mesmo autor, identifica a proibição do incesto como uma prática nem de origem puramente

natural, nem de origem puramente cultural, ao contrário, diz que a mesma se constitui em uma norma que também é universal, através da qual se opera a transição da natureza à cultura.

Esta teoria tem suscitado reações e questionamentos importantes na análise da problemática da subordinação universal da mulher. De acordo com GODELIER (1980), alguns antropólogos tem reagido contra o termo troca das mulheres entre os homens, alegando que o mesmo denuncia uma visão etnocêntrica, na qual se projetam as representações e a lógica da sociedade mercantilista e de lucro em que vivemos.

Para Rubim, citada por FRANCHETTO et alii (1981) a teoria social de LÉVI-STRAUSS é uma teoria implícita de opressão (subordinação feminina). Segundo a autora, o termo "troca de mulheres", expressa o fato de que as relações sociais de um sistema de parentesco deixa explícito que os homens tem certos direitos sobre a parentela feminina, o que não ocorre com as mulheres que não usufruem dos mesmos direitos sobre si mesmas, nem sobre sua parentela masculina.

Paralelamente a estas abordagens referentes à dicotomia natureza/cultura outros estudiosos têm procurado elucidar a questão da pressuposta proximidade da mulher junto à natureza, fato que lhe confere posição universal de inferioridade em relação ao homem, que contrariamente parece estar mais associado à cultura.

A questão "porque as mulheres parecem mais próximas à natureza?" é convenientemente abordada por ORTNER (1979), no artigo intitulado "Está a Mulher para o Homem, assim como a Natu-

reza para a Cultura?" Nele, a autora apesar de não concordar com a afirmação de que as mulheres estão mais associadas à natureza, admite a existência de uma série de razões, pelas quais as mesmas aparecem deste modo. Entre as explicações apresentadas, destaca como fundamental a questão da estrutura anatômica e fisiológica do corpo da mulher, onde a função de procriação natural lhe é específica. Para melhor explicitar a importância deste fato, a autora aborda a questão subdividindo-a em três níveis de discussão. Num primeiro momento atem-se ao corpo da mulher e suas funções, consideradas quase sempre envolvidas com as "espécies de vida", condição que a remete mais próxima à natureza, contrastando com a anatomia e fisiologia do homem, que o deixa mais livre para assumir os esquemas culturais. Inspirada na obra de Beauvoir, reconhece que a razão para a associação da mulher com a natureza, e do homem com a cultura, passa inevitavelmente pelas diferenças biológicas existentes entre um e outro.

Neste sentido, entretanto, alguns argumentos utilizados sobre a estrutura fisiológica feminina, fundamentados em Beauvoir, não me pareceram tão imparciais e acurados conforme sustenta a autora. Ao contrário, os mesmos parecem desconsiderar aspectos relevantes, pelo menos em nossa cultura, no que diz respeito a alguns órgãos femininos e suas funções. Cito por exemplo, os seios, que são referenciados como irrelevantes para a saúde pessoal da mulher, podendo ser estirpados a qualquer época da vida. Será isso mesmo? Na prática, o convívio com mulheres, independente do estrato social, da idade, do estado civil entre outras variáveis, tem me revelado o contrário. Quando

estirpados, quase sempre trazem sequelas importantes para a saúde da mulher, basta considerar os efeitos psicológicos determinados pela perda de um destes órgãos. Mesmo assim, não dá para desconsiderar as implicações dos contrastes fisiológicos entre homem e mulher que levam naturalmente a uma associação do primeiro com a cultura e da segunda com a natureza.

A idéia de que a mulher esteja destinada totalmente à natureza, entretanto, é repudiada pela autora (ORTNER, 1979), por considerar que a mesma é um ser dotado de consciência humana, igual à do homem e portanto, participante do diálogo social e, conseqüentemente da cultura. Deste modo, sustenta a autora, a mulher aparece como intermediária entre a natureza e cultura numa escala de transcendência inferior a do homem. Seguindo seu raciocínio passa para a discussão dos papéis sociais femininos impostos pela sua estrutura anatômica e fisiológica. Neste sentido se propõe a demonstrar como os mesmos limitam o movimento social da mulher, confinando-a universalmente a a certos contextos sociais (esfera doméstica), por sua vez, visualizados como mais próximos da natureza. A associação natural com o contexto doméstico decorrente do papel de mãe (lactação, vínculo natural mãe/filho, socialização da criança, etc), tende a configurá-la como mais próxima à natureza por vários aspectos. O primeiro deles refere-se a permanente ligação da mulher com as crianças que, por serem categorizadas com a natureza, concorrem para que as mulheres sejam também consideradas como mais próximas à mesma.

Outro aspecto abordado pela autora refere-se as implicações da oposição "público/doméstico" em relação a posição fe-

minina. Esta questão foi aprofundada por ROSALDO (1979) que utiliza o termo doméstico para referir-se às "instituições e modos mínimos de atividades que são organizadas imediatamente em torno de uma ou mais mães e seus filhos; e o público para referir-se às atividades, instituições e formas de associações que ligam, classificam organizam ou incluem grupos mãe/filho particulares" (p. 39-40).

Essa oposição por si só, observa a autora, não acarreta estereótipos culturais ou diferenças nas variações dos sexos, mas antes, subordina-as a sustentar uma definição muito geral das mulheres com a esfera doméstica e dos homens com a pública. Para ORTNER (1979) ainda que, a oposição entre o público e o doméstico varie de uma cultura para outra, fica difícil contestar o fato de que o doméstico é sempre dominado pelo público. Logo, estando as mulheres confinadas ao contexto doméstico, elas passam a ser identificadas com a ordem inferior da organização social e cultural. Mas, por outro lado, argumenta a autora, a responsabilidade de socializar e cozinhar dentro do contexto doméstico apresenta a mulher como um agente poderoso do processo cultural continuamente transformando recursos naturais em estado bruto, em produtos culturais. Identificada como participante ativa do processo cultural, mas demonstrando ter uma ligação mais firme e direta com a natureza, a mulher é mais uma vez visualizada pela autora como intermediária dos dois domínios.

Ao partir para o terceiro e último ponto da discussão, focaliza a psique feminina, também encarada como mais próxima da natureza, onde apesar de admitir que a mulher tenha uma provável

estrutura psíquica diferente, postula que a mesma, não necessariamente precisa ser assimilada como inata. Ao identificá-la como mais próxima da natureza, mostra que a psique feminina apresenta-se apropriadamente adaptada para a função materna (pela sua própria socialização) e preparada para um maior personalismo. Em síntese, a autora ao buscar explicações para o status universal secundário feminino, mostra em sua análise, que na relação natureza/cultura a mulher, embora apareça como mais próxima à natureza em função de vários aspectos de sua condição feminina - físicas, sociais e psicológicas-, na realidade não está mais próxima ou mais distante que o homem da natureza; isto porque ambos tem consciência e são mortais; podem e devem ser envolvidos igualmente em atividades de criatividade e transcendência.

A revisão dos estudos acerca da condição existencial feminina coloca em destaque a discussão acerca da origem e existência da subordinação universal da mulher em diferentes épocas e culturas. Os estudos revisados procuram desvendar o mundo da opressão/subordinação da mulher e expulsar os mitos criados e desenvolvidos em diferentes épocas e culturas acerca da condição existencial feminina.

2.1.2. Maternidade e Paternidade: Estudos sobre as Representações e Modelos

As representações e modelos de maternidade vêm sendo nas últimas décadas, analisadas a partir de uma perspectiva his-

tórico-antropológica por estudiosos das mais diversas áreas. Contribuições importantes tem sido dadas por antropólogos, sociólogos e historiadores acerca desses fenômenos enquanto modelos construídos socialmente.

BADINTER (1985), partindo do período compreendido entre os séculos XVIII e XX na França, empreende uma análise histórica acerca da evolução do papel do pai, da condição da criança e das atitudes maternas. Em sua análise constata que, ao longo destes séculos, o comportamento materno oscilou em grande medida entre a indiferença e a rejeição. Mostra que na França, até meados do século XVIII inexistia a consciência da particularidade infantil e que a maioria das mães não amamentavam seus filhos, sendo comum o hábito de confiá-los a uma ama ou "mãe de aluguel", para serem amamentados e cuidados por elas. Dados fornecidos pela autora mostram também que, somente a partir do final do mesmo século é que começam a aparecer publicações aconselhando as mães a cuidarem pessoalmente de seus filhos, a fornecerem seu próprio leite. Tais publicações lembram a mulher da sua obrigação de ser mãe, apelando para o seu sentimento de dever, engendrando o mito do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho. Nasce um novo conceito de amor materno onde é exaltado como um valor ao mesmo tempo natural e cultural trazendo benefícios à espécie e à sociedade. O princípio de autoridade o qual repousava a sociedade antes do final do século XVIII, cede lugar ao amor, cuja ideologia vai ter como foco de atenção, a mãe. Se antes o Estado e a Igreja insistiam no valor da autoridade paterna, agora preconizam que o importan-

te é produzir seres humanos que serão sua riqueza. A nova ordem portanto, diz a autora, é a sobrevivência da criança.

No século XIX, portanto, opera-se uma transformação dos costumes: mãe e criança ampliam seu lugar na sociedade. Na vida cotidiana a mulher emancipa-se pouco a pouco e parcialmente da tutela do marido e não é mais identificada como a serpente de "Gênesis". Ela se transforma numa pessoa doce e sensata, onde Eva cede lugar à Maria (BADINTER, 1985).

A maternidade é objeto de exaltação, a atividade mais importante e invejável que a mulher pode esperar; essa nova mãe amamentará seu filho por prazer e receberá como prêmio uma ternura sem limites. Progressivamente os pais se considerarão mais responsáveis pela felicidade ou infelicidade dos filhos. Esta nova responsabilidade, que já estava presente entre os reformadores católicos e protestantes do século XVII, não cessará de se acentuar ao longo de todo século XIX, alcançando seu apogeu no século XX graças a teoria Psicanalítica.

Este estudo, a exemplo de outros desenvolvidos por KNIEBIEHLER & FOUQUET (1980), ARIÈS (1985) e ARIÈS & DUBIN (1990), mostra que a exaltação do amor materno é recente na civilização ocidental e que os modelos de maternidade existentes na atualidade vêm sendo ideologicamente engendrados nos dois últimos séculos, tendo como seus principais arquitetos os médicos, filósofos, teólogos e mais recentemente os psicólogos e psicanalistas (COLMAN & COLMAN, 1988, ALMEIDA, 1987, SALEM, 1983, 1985). Tais modelos, sustentam alguns autores, adquirem diferentes contornos em função das injunções e interesses do contexto

social em que estão situadas as mulheres (BADINTER, 1985, SCAVONE, 1985, KNIEBIEHLER, & FOUQUET (1980) NOVELINO, 1988).

Estudiosos interessados pelo assunto, chamam a atenção para a acentuação enfática do papel e importância atribuída à mãe na cultura ocidental em detrimento do papel e importância atribuída ao pai. Na realidade, o discurso ideológico que permeia em nossa cultura, privilegia e destaca a gravidez, o parto, a amamentação e os cuidados com a criança como momentos essencialmente femininos (PARSEVAL, 1987, CHODOROW, 1990).

VILAINE (1986) ao analisar e tentar compreender a assimetria entre as representações da maternidade e paternidade existente em nossa cultura, na coletânea "Maternidade e Movimento", propõe uma revisão dos estereótipos do Velho Mundo de onde se origina a estrutura bimilenar e quase universal da sociedade patriarcal. Desde os primórdios, homem e mulher desfrutam de forma desigual dos referenciais simbólicos de sua suposta origem divina. Enquanto os homens são remetidos a uma referência superior onde Deus, o criador, é patriarca ou seja, pai do universo, as mulheres não são referendadas. Para a autora a Igreja é a principal perpetuadora destes estereótipos. Cita São Agostinho, para quem a mulher só existe para ajudar o homem, engendrando filhos. Mais cáustico, São Tomaz de Aquino, refere-se à mulher como um acidente da natureza. Já na concepção de Aristóteles, é um macho mutilado, a quem falta o princípio da alma. A ideologia implícita nestes discursos traz como pano de fundo, a idéia de que a mulher só é necessária para a procriação e reafirma a oposição dos conceitos mulher/natureza/matéria/corpo versus ho-

mem/cultura/espírito/alma. Análise análoga é empreendida por BARDINTER (1987) em "Um, é o Outro".

No artigo "O Pai Impedido" da mesma coletânea, PARSEVAL (1986), faz críticas à supervalorização do fator biológico no relacionamento mãe e filho, enquanto coloca o pai como discriminado no campo afetivo. Cita os livros de puericultura, nos quais a imagem do pai é pobre e estereotipada. O mesmo nunca aparece em situações muito concretas de paternidade. A literatura em geral inferioriza ou anula o amor paterno diante do materno e os diferentes autores que abordam o tema com frequência negligenciam ou reduzem de modo estranho a paternidade. Para a autora, a função institucional do pai mascara seu papel paternal, assim como a supervalorização do domínio biológico da mãe mascara o seu papel institucional. Ainda neste artigo, a etnopsicanalista lembra que o pai também tem o lado corporal da maternidade e como exemplo cita a "couvade"³ entre os índios. A forma mordaz com que a sociedade ocidental anula e ridiculariza qualquer expressão psicossomática do pai, adverte a autora, denota a exclusão errônea do aspecto biológico do homem. A passagem para a condição de pai se dá através de um processo extremamente conflituoso e muitas vezes apresenta-se configurado pelas chamadas crises do casamento no pós-parto. Tais crises também são referenciadas por KITZINGER (1978), COLMAN & COLMAN (1988) e MALDONADO (1989).

3. "Couvade" - expressão derivada do verbo francês "couver" que significa chocar, incubar. Os mais conhecidos comportamentos de "couvade" ocorrem durante o parto.

Em um outro artigo ainda da mesma coletânea, intitulado: "É preciso matar a mãe para que o pai possa funcionar", VILAINÉ (1986) analisa que no sistema patriarcal, o homem exerce controle sobre a sexualidade da mulher e se apropria de sua prole, enquanto ela, posta do lado da natureza, do orgânico e da passividade, é descartada, rejeitada, calada e privada do poder sobre sua prole. Disposta a destruir esta ordem fundamental para construir outra sustentada na verdadeira ética da diferença sexual, a autora destaca a maternidade como um lugar privilegiado para a reflexão do ser em sua dimensão bio-sócio-cultural, uma vez que a mulher está próxima da essência humana. Ao contrário da dicotomia viciada (mãe/natureza versus pai/cultura) a maternidade permitiria conhecer o ser humano na sua totalidade, pela própria interação que a mulher passa entre o corpo e espírito durante a gravidez.

Partindo de reflexões acerca das transformações ocorridas na psicologia da parentagem⁴, especialmente nas duas últimas décadas, COLMAN & COLMAN (1988) na obra intitulada "O pai, papéis em mutação", se propõem a fazer uma separação mitológica dos conceitos parentagem-céu e parentagem-terra, utilizando como metáforas imagens arquetípicas junguianas. Os autores apresentam cinco imagens fundamentais da paternagem⁵: a do pai-céu e pai-terra, que são utilizadas para representar os dois lados do

4. Significa os cuidados paternal e maternal com os filhos.

5. É utilizado como sinônimo de criar, gerar, agir como pai.

arquétipo⁶ do pai, qualificadas como as polaridades mais importantes da função paterna. A essas duas imagens básicas, são acrescentadas três outras: a do pai-criador, que representa o processo de criação da vida; a do pai-real, cuja imagem combina em uma só pessoa as funções terra e céu; e pais diádicos que se constituem em um par pai-mãe, cujas funções céu e terra são combinadas e compartilhadas entre si.

Segundo os autores as imagens do pai-céu e da mãe-terra têm dominado o pensamento e a estrutura social do mundo desde os primórdios da civilização. Na cultura ocidental, embora seja possível identificar mudanças significativas nos comportamentos de paternagem e maternagem, as imagens do pai-céu e da mãe-terra prevalecem e aparentemente estes conceitos permanecem inabalados.

No Brasil, a literatura acerca das representações da maternidade e paternidade enquanto modelos construídos socialmente, apresenta-se escassa. Mesmo assim é possível identificar alguns estudos.

6. Arquétipo - derivada da raiz grega "arch", que significa principal ou preeminente, foi usada inicialmente na filosofia platônica como descrição de formas ideais que segundo se pensava, estavam presentes na mente divina. De acordo com Jung - teoria psicanalítica consiste nas disposições hereditárias que fazem parte do inconsciente coletivo e que se exprimem sob a forma de imagens ou mitos.

SCAVONE (1985) no artigo "As múltiplas faces da maternidade", analisa os vários aspectos da maternidade a partir de dados de uma pesquisa realizada com mulheres de comunidades da periferia e do interior da ilha de São Luiz do Maranhão. Os dados mostram que a maternidade se configura como um fenômeno mais social do que biológico. O tipo de relação que as mulheres estabelecem com as fases de gestação, parto e amamentação são assinaladas pelo contexto sócio-cultural em que vivem. Neste estudo a maternidade é vivenciada de forma ambígua e contraditória: de um lado é referenciada como um prazer indescritível, uma necessidade afetiva, por outro ela tem como significado, um difícil exercício.

SALEM (1985), fundamentada na obra da americana Kitzen-ger, desenvolveu uma pesquisa com casais de classe média alta da Zona Sul do município de Rio de Janeiro. O estudo teve como objetivo reconstituir a trajetória percorrida por casais que se propuseram vivenciar a gestação o parto e puerpério, bem como a maternidade e paternidade de forma distinta da tradicional. Tal par é denominado de casal grávido e apresenta duas características fundamentais: uma primeira, onde é identificado como uma unidade individualizada e nuclearizada, destacada da rede de parentesco e outra, como expressão da ideologia da inovação e do igualitarismo entre os gêneros. Dentro desta concepção, de um lado as famílias de origem não são reconhecidas como atores significativos nos períodos de gestação, parto e puerpério e quando mencionadas são apontadas como perturbadoras potenciais neste processo. Por outro, em decorrência do valor imputado à igualda-

de, a participação do pai na gravidez, parto e pós-parto assume relevância. Os homens se dizem grávidos, invejam os mesmos sintomas que ela. Fundamentados neste novo projeto, buscam orientação e apoio somente de especialistas.

Ao avaliar a implementação do projeto na prática a autora constatou que ao invés de isolar os cônjuges das famílias de origem, a chegada do neném promoveu uma soldagem entre as unidades familiares. Nesta etapa o preceito de igualdade é preterido pela demarcação nítida de papéis femininos e masculinos e o projeto sofre revisões significativas no seu aspecto essencial - o ideal igualitário -, quando o homem em comum acordo com a mulher volta ao trabalho assumindo o tradicional papel de provedor do novo núcleo e ela suspende por tempo indeterminado suas atividades profissionais. A possibilidade de auxílio de uma terceira pessoa, que pode ser babá, ou mesmo a mãe ou a sogra é reavaliada.

Numa perspectiva semelhante, em uma outra pesquisa, ALMEIDA (1985), traça um quadro comparativo entre as representações de maternidade das mães que tiveram filhos na década de 50 e sua respectivas filhas que nos 80 passam pela primeira gravidez. As características identificadas nas mães da nova geração checam com as apontadas por SALEM (1985) no casal grávido. A autora ainda acrescenta a relação com os profissionais de gravidez (Quadro I).

QUADRO I - Representações da maternidade.

DÉCADAS EIXOS ESTUDADOS	ANOS 50	ANOS 80
Relação entre os cônjuges	Divisão de esferas baseadas nas diferenças sexuais: homem é provedor do aparato material, dispensado da preparação da gravidez e dos cuidados com os filhos tarefas exclusivas da mulher. Au- sência justificada.	Papéis adquirem margem de negociação com base em diferenças pessoais e não mais posicionais e de status. Presença indispensável na gravidez e no parto.
Relação da gestante com a família de origem	Mães são modelo significativo de aprendizado e fonte de autoridade.	Vista como obstáculo e interferência negativa à "verdadeira" vivência da gravidez e maternidade. É afastada.
Relação com os profissionais de gravidez.	Impressionalidade. Autoridade médica reconhecida aprioristicamente. Hierarquia respeitada.	Escolha do médico calcada em critérios subjetivos, não apenas técnicos. Corpo e psiquismo reunidos na busca de três profissionais articulados (ginecologista, preparador e psicólogo) todos com abordagem modernizante. Postura de questionamento dos padrões médicos. Descontração.
Relação com pessoas da mesma geração.	Amizades endossam e confirmam as regras correntes no cenário familiar.	Amizades são uma das principais estruturas de apoio e legitimação da construção da nova maternidade. Substituição da rede familiar pelo grupo de pares, que se torna a "família escolhida".
Relação consigo mesma.	Parto é fronteira entre vivências anteriores e sucessivas. Experiência do parto reconstituída de forma concreta (dor). * Visão fatalista da concepção gravidez: processo inevitável e sublimado para chegar ao principal - o nascimento.	Opção e oportunidade de viver a gravidez preparação psíquica e corporal do período dor: questão ideológica não fisiológica. Gravidez e parto: processo contínuo e transformador do ser.

Fonte: SANTOS & WANDELI (1989) baseado em ALMEIDA (1985).

Ao final de seu estudo conclui que, neste processo não ocorre, verdadeiramente, uma liberação da antiga maternidade como pretendiam as novas mães. Surgem, paradoxalmente, outras autoridades (especialistas maternos) persuasivas. A capacidade de "optar" das mães de 80 está atrelada a uma rede de estratégias disciplinares, que transforma a seguir a disciplina num "desejo" do sujeito.

Os estudos aqui revisados sobre os modelos e representações da maternidade e paternidade oferecem subsídios valiosos para uma compreensão mais profunda e global acerca de algumas das influências do contexto sócio-cultural que exercem sobre a mulher na prática do aleitamento materno e também sobre suas decisões e ações de auto-cuidado relacionadas à esta prática.

2.2. A Questão do Aleitamento Materno

2.2.1. Estudos sobre a importância e vantagens do aleitamento materno

Nos últimos anos a problemática do aleitamento materno tem merecido dos estudiosos posição de destaque, em especial nos países do Terceiro Mundo onde as inestimáveis conseqüências do desmame precoce tem autorizado especialistas no assunto a considerá-las como um verdadeiro infanticídio.

GOLDENBERG et alii (1985), GIBBONS & HUFFMAN (1986) e UNICEF (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA), (1986) consi-

deram o desmame precoce virtualmente perigoso, especialmente nos países em desenvolvimento, pois na maioria das vezes o mesmo é seguido de alimentação inadequada determinando infecção e diarreia que vão agravar a desnutrição e elevar a mortalidade infantil. Tal fato pode ser comprovado através dos estudos realizados por PUFFER & SERRANO (1973), WRAY (1979), GOLDBERG et alii (1982), DEL PINAL (1981), GORDON et alii (1963) e Organização Mundial da Saúde (1981), em diferentes partes do mundo onde revelaram taxas de mortalidade mais elevadas entre crianças desmadas precocemente. Em decorrência deste quadro é possível constatar uma crescente retomada de consciência sobre a importância do aleitamento materno e a literatura apresenta-se vasta em estudos que comprovam a superioridade imunológica, nutricional e bioquímica do leite humano, bem como na descrição de vantagens psicossociais, higiênico-sanitárias e econômicas que advém para saúde do binômio mãe/filho.

Para GYORGY (1972), FEACHAM & KOBLINSKI (1984) e JELLIFFE & JELLIFFE (1979) as características bioquímicas e imunológicas do leite humano lhe conferem composição ideal, incomparável a outros tipos de leite: bacteriologicamente é seguro e imunologicamente se constitui em importante fator de proteção e de defesa contra infecções, especialmente as gastrintestinais, ajudando a manter uma ambiência protetora dentro do intestino. Segundo CAMERON & HOFVANDER (1983) e JELLIFFE & JELLIFFE (1979) o leite materno desempenha ainda importante papel na proteção contra as alergias como os eczemas, as rinites e alguns casos de otite média.

Sob o ponto de vista nutricional, FOMOM et alii (1979), JELLIFFE & JELLIFFE (1979), MATA (1984), AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION (1981), BUTTE et alii (1984), LAWRENCE (1985), WHITEHEAD & PAUL (1985) e COUTINHO et alii (1988) sustentam que quantidades adequadas de leite humano são capazes de suprir todas as necessidades nutritivas da criança durante os seis primeiros meses de vida.

Os benefícios psicológicos são considerados em igual importância uma vez que através da amamentação é estabelecida uma profunda relação entre o binômio mãe/filho determinada por um processo de interação desencadeada por estímulos sensoriais, auditivos, táteis, visuais, olfativos e emocionais, muito bem descritos por KLAUS & KENNEL (1978), PORTER et alii (1983), MALES et alii (1975), MATA (1984) e ODENT (1982).

Entre as vantagens também devem ser lembrados os aspectos econômicos do aleitamento materno uma vez que o mesmo dispensa a compra de mamadeiras, bicos, outros tipos de leite e por estar pronto e na temperatura certa, não requer o uso de combustível e refrigeração (GREINER et alii, 1979 e LAWRENCE, 1980). Segundo dados da Organização Mundial da Saúde OMS/UNICEF (1979) estudos realizados em alguns países, tem demonstrado que as mães que não amamentam chegam a comprometer até 75% de seus salários-base para a compra de fórmulas lácteas comercializadas para satisfazer as necessidades da criança. No sentido mais amplo é importante considerar os prejuízos para a família e sociedade dos consequentes aumentos da morbidade e mortalidade decorrentes da alimentação inadequada ou mal preparada.

Além destas vantagens somam-se outras à mulher que amamenta. Sob o ponto de vista orgânico constata-se que os fenômenos regressivos do puerpério (involução uterina e loqueação) ocorrem com maior rapidez graças à liberação da ocitocina que atuando sobre a musculatura uterina previne as hemorragias e acelera a recuperação da mulher (GUERREIRO, 1985). Outro aspecto importante está relacionado com a concepção e intervalo da gestação: sabe-se que a lactação quando praticada integralmente, retarda a menstruação e ovulação no puerpério, tornando-se senão um método de planejamento familiar seguro, uma maneira importante de espaçar os nascimentos (ANDERSON et alii 1984, WOOD et alii 1985 e HOUSTON 1986). Outra questão discutida é a proteção adquirida pela mulher ao longo de sua existência, quando pratica o aleitamento materno. Os dados estatísticos apresentados por WYNDER et alii (1960) referentes a grandes grupos de mulheres lactantes no Japão e na Índia em comparação com grupos análogos dos Estados Unidos (EEUU) e da Inglaterra parecem demonstrar que boas nutrizes do Japão e da Índia estão mais protegidas contra o câncer de mama que as americanas e as européias as quais não amamentam ou se o fazem é por tempo mínimo ou médio. Neste sentido, mais recentemente, a teoria de que a soma de largos períodos de lactação reduz os ciclos menstruais totais levando a uma menor atividade hipofisária anterior que repercute no repouso dos ciclos glandulares mamários é defendida por GONZÁLEZ & GÓMEZ (1985), apesar de admitirem a inexistência até o momento de dados estatisticamente significantes, para comprová-los.

2.2.2. Tendências da Amamentação

Apesar de mundialmente reconhecido o valor consagrado do leite materno e de todas as suas vantagens, a prática do aleitamento materno parece continuar declinando em muitos países, nas diversas partes do mundo. Segundo dados publicados pela POPULATION REPORTS (1982) as melhores evidências estatísticas dos declínios vêm de cinco países onde as amostras representativas da população nacional tem sido estudadas - Coréia do Sul (COALE et alii 1979), Tailândia (KNODEL et alii 1977), Malásia (BUTZ et alii 1981) Taiwan (MILL MANN, 1981) e México (DEPARTMENT OF WELFARE AND HEALTH MOTHERCHILD HEALTH AN PLANNING DIVISIONS, 1981).

Dados publicados recentemente pela Organização Mundial da Saúde⁷ (1990) sobre a prática do aleitamento materno no mundo, revelam que as prevalências mais altas de lactância durante mais de três meses correspondem às regiões da África e da Ásia e as mais baixas à Europa e às Américas sendo que nos países industrializados a prática é mais comum entre as mães mais instruídas, enquanto que nos países em desenvolvimento é mais comum nas mães pobres da zona rural.

Nos países da América Latina, apesar de inexistirem dados relativos às "tendências nacionais" sobre a prática do aleitamento materno por longos períodos de tempo, estudos parciais sugerem um declínio substancial desta prática. Em uma pes-

7. Dados baseados em mais de 1000 estudos realizados em 139 países.

quisa realizada nas cidades de São Paulo (Brasil), do Panamá (Panamá) e São Salvador (El Salvador), MORRIS et alii (1981) verificaram que menos de 5 por cento das mulheres entrevistadas amamentaram por um período de 6 meses ou mais e no Estado de São Paulo (Brasil), menos de 50 por cento amamentaram por um mês.

No Brasil, BERQUÓ et alii (1984) através do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) por solicitação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e UNICEF, realizaram um estudo com o objetivo de conhecer as rotinas, atitudes e práticas dos serviços, dos profissionais de saúde e mulheres, relacionadas ao aleitamento materno. O estudo realizado na Grande São Paulo e Grande Recife, foi constituído por uma amostra de 1.000 mulheres (gestantes e nutrizas), 200 profissionais de saúde e 105 administradores de maternidades e ambulatórios materno-infantis e revelou que a maioria das mulheres iniciavam a amamentação mas, em torno do 20º dia em São Paulo e do 16º dia em Recife, a mamadeira já era introduzida. O tempo médio geral de amamentação exclusiva foi equivalente à 44 dias em São Paulo e de 15 dias em Recife. Estes resultados, que precederam o lançamento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno no Brasil em 1981 (MATA, 1984), se constituíram em subsídios valiosos para direcionar esforços no sentido de reverter os altos índices de desmame encontrados em nosso país.

Após a implementação do programa citado, sucederam vários estudos relacionados à prática de aleitamento materno nas diversas regiões do país. GRISARD et alii (1982) por exemplo, realizaram uma investigação com uma amostra de 200 mulheres re-

sidentes e domiciliadas na cidade de Florianópolis (SC), através de visita domiciliar com o preenchimento de um questionário elaborado pela ASSOCIAÇÃO LATINO AMERICANA DE PEDIATRIA (ALAPE) para um estudo internacional sobre aleitamento materno. Ficou constatado que, das duzentas mulheres estudadas 28 (14%) não haviam amamentado seus filhos ao seio e 172 (86%) já haviam interrompido a lactação em idades que variavam de 15 dias à 11 meses de vida de seus filhos, permitindo estabelecer o tempo médio de amamentar em 87 mais ou menos 18 dias. Neste estudo, o maior tempo médio de amamentação ao seio esteve associado a mulheres primíparas, da classe social B, universitárias e com tradição familiar de amamentação ao seio.

No Pará (Belém) o estudo realizado por MOURA (1986) com uma população amostral de 381 mães atendidas em um ambulatório de Pediatria, evidenciou que 92,9% das crianças foram amamentadas dentro de sua primeira semana de vida, 41,2% foram desmamadas parcialmente no primeiro mês; 41,5% tiveram seu desmame completo dentro dos seis primeiros meses e 40,6% foram amamentadas por tempo superior a 12 meses. Outro estudo regional importante foi realizado por MARTINS FILHO & SANGED (1987) com o objetivo de medir a porcentagem de amamentação exclusiva ao seio na Região de Campinas (SP), em oito anos consecutivos, através de análise de prevalência do aleitamento aos três meses e seis meses respectivamente nos anos de 1976, 1980 e 1984, de uma população ambulatorial seguida desde os 15 dias de vida até um ano e submetida a orientação, educação, apoio e estímulo em favor do aleitamento. Os resultados revelaram que houve melhora da preva-

lência de aleitamento exclusivo aos três meses de idade do ano 1976 para 1980, não sendo constatada alteração de 1980 para a 1984; a mediana da curva de desmame em 1976 era de um mês e meio em 1970 e 1974; em relação a 1984 observaram-se ainda quatro picos nítidos de desmame, correspondentes aos 15 primeiros dias, três meses, cinco e oito meses.

Em Pernambuco, COUTINHO et alii (1988), em um estudo constituído por uma população amostral de 135 crianças, nascidas a termo, com peso ao nascer equivalente a 2.500 g, saudáveis, acompanhadas mensalmente de 0 a 12 meses no ambulatório de Fuericultura do Hospital das Clínicas, relataram que durante o 1º mês de vida 49,6% eram amamentadas exclusivamente ao seio, sendo que no 3º mês este percentual caiu para 24,2% e no 6º mês para apenas 10,3%. Também recentemente investigações realizadas por FREITAS et alii (1987) em zonas rurais da região Nordeste do Brasil, com uma população amostral de 173 lactentes revelaram que 38% nunca foram amamentadas ao seio e a mediana de idade do desmame para os que haviam sido desmamados ou nunca haviam sido amamentados foi de 15 dias.

BERQUÓ et alii (1987), com a finalidade de avaliar as repercussões do Programa Nacional Incentivo ao Aleitamento Materno implementado no Brasil em 1981, sobre a prática de amamentar das mães da Grande São Paulo, realizaram uma nova pesquisa igualmente através do CEBRAP (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento). O estudo foi constituído por uma amostra de 497 mães de crianças de 0 a 12 meses (criança-índice). Destas foram excluídas aquelas com filhos maiores de 8 meses. Os resultados

revelaram que entre as 380 crianças de 0 a 8 meses, 360 (94,7%) iniciam a amamentação, diferença considerada não significativa se comparada com o estudo realizado em 1981, que era de 91,3%. Em relação ao tempo médio geral de amamentação exclusiva foi observado um aumento de 44 dias (em 1981) para 66,6 dias em 1987, ou seja, 1,5 vezes maior.

2.2.3. Estudos Sobre as Causas do Desmame Precoce.

Nos trabalhos citados anteriormente, verifica-se em sua grande maioria índices indesejáveis de desmame precoce, induzindo estudiosos da área a buscar respostas para a seguinte questão: "por que as mulheres cessam de amamentar?" Constata-se na literatura que o tema é complexo, pluralista e controvertido levando alguns autores como LEI et alii (1987) a acreditarem que a falta de interesse pela amamentação é multicausal, implicando em fatores culturais de urbanização, emancipação da mulher, de propaganda e consumo de sucedâneos o leite materno, além de outros.

Em uma análise empreendida por VINHA & SCOCHI (1989) sobre a evolução histórica do aleitamento materno, as autoras sustentam que o desmame é um fenômeno que remonta aos tempos mais longínquos da história humana e que o ato de amamentar tem variado em função do tempo e lugar.

No Brasil, a exemplo dos países do Terceiro Mundo, o declínio do aleitamento materno que já era observado no início do século XX, foi acentuado após a Segunda Guerra Mundial, quan-

do foram introduzidas fórmulas lácteas industrialmente preparadas, acompanhadas de forte esquema promocional com a distribuição de amostras de leite em pó, distribuição de brindes e de literatura educativa, estimulando o uso de mamadeiras, entre outros, para profissionais e instituições de saúde. Paralelamente, as instituições de saúde passam a ser mediadoras dos interesses da indústria de alimentos infantis, que sutilmente, através de técnicas de "merchandising", impõe-lhes a adoção de rotinas visando obstaculizar, retardar e até impedir a prática do aleitamento natural. A influência dessas indústrias foi tão forte e marcante que conseguiu penetrar também dentro das escolas transformando-as em defensoras de seu interesses: nos currículos de ensino a estrutura e o funcionamento da glândula mamária, as vantagens do aleitamento materno e a composição bioquímica, nutricional e imunológica do leite humano, cedem lugar às instruções de como preparar fórmulas lácteas (REA, 1990). Daí a razão de alguns autores como CARVALHO (1985), atribuírem como uma das causas do desmame precoce, a desinformação e o despreparo de profissionais de saúde na área do aleitamento materno.

Em decorrência às consequências nefastas deste quadro onde constata-se uma relação entre o desmame precoce com a utilização de substitutos do leite humano e doença, é lançado sob forma de denúncia o documento "The Baby Killer" (O Matador de Bebês), escrito por MÜLLER (1974), onde procura conscientizar o público em geral e os profissionais de saúde sobre os resultados da propaganda e uso indiscriminado dos sucedâneos do leite materno, especialmente nos países pobres, em desenvolvimento.

Pouco mais tarde HAMBRAEUS (1977), faz referências à mudanças nos padrões de alimentação infantil, onde o seio materno é substituído pela mamadeira, qualificando-as como o maior experimento biológico ocorrido sem um sério controle.

A pressuposição sustentada por alguns autores de que a emancipação da mulher constitua um dos obstáculos à amamentação levando-a a desmamar precocemente, é refutada por BLAY (1983), alegando que ao se emancipar e reivindicar o direito ao exercício da plenitude de suas capacidades intelectuais e emocionais, a mulher reivindica também o direito de ter seus filhos e de ter condições socialmente criadas para amamentá-los. Para a autora a questão central a ser considerada está relacionada com a análise das diferenças sociais que obrigam a mulher a deixar de amamentar seus filhos.

Para LAWRENCE (1980), fatores sócio-culturais também são apontados como determinantes do desmame precoce em algumas sociedades. Isto se dá, de acordo com o autor, especialmente naquelas onde os seios são visualizados essencialmente como símbolo sexual e erótico, transformando o natural e inato em uma função cheia de preconceitos, tabus e por vezes embaraçosa para a mulher.

Entre as causas do desmame precoce figuram ainda aquelas que são alegadas pelas próprias mães, podendo ser constatadas através de inúmeras investigações. Algumas das realizadas no Brasil nos últimos anos são apresentadas no Quadro II. Na análise das causas apontadas pelas próprias mães para o desmame precoce, observam-se elevados percentuais determinados principal-

Quadro II - Razões citadas pelas mulheres para o desmame precoce em estudos realizados no Brasil.

AUTOR/ANO PUBL.	AMOSTRA	CIDADE/REGIÃO	CAUSAS APONTADAS	Nº	%
GRISARD et alii (1982)	172 mães	Florianópolis-SC Região Sul	Diminuição espontânea do leite	93	54,1
			A criança não aceitou mais o peito	29	16,9
			Doença materna	25	14,5
			Trabalho fora	7	4,3
			O leite não sustenta	4	2,4
			Estética	3	1,7
			Contra-indicação médica	3	1,7
			Comodidade	3	1,7
			Doença infantil	2	1,2
GOLDENBERG et alii (1983)	191 mães	Município de São Paulo	Má qualidade do leite materno	13	9,1
			Quantidade insuficiente	40	28,0
			Qualidade e quantidade insuficientes	18	12,6
			Rejeição pela criança	30	20,9
			Nega-se à amamentar	10	7,0
			Anticoncepcional	9	6,3
			Tabu	9	6,2
			Patologia	8	3,0
			Trabalho da mãe	3	2,1
			Outros	3	2,1
MOURA (1986)	148 mães	Pará (Belém) Região Norte	"Não queria mais o seio"	97	65,6
			"O seio secou"	14	9,5
			"Fiquei doente"	10	6,8
			"Fiquei grávida"	6	4,0
			"Trabalho fora de casa"	6	4,0
			"O médico mandou"	4	2,7
			"Emagreci muito"	3	2,0
			Outras	8	5,4
FREITAS et alii (1987)	174 mães	Zonas rurais de Pernambuco Região Nordeste	Acabou o leite da mãe	77	44,0
			A criança recusou o seio	34	20,0
			Saúde da mãe e da criança	22	12,6
			Sem leite	16	9,2
			Falta de Informação	16	9,2
			Outras	9	5,2
LEI et alii (1987)	495 nu- trizas	Municípios de São Paulo Região Sudeste	"O leite secou"	245	49,4
			Recusa da criança	103	20,4
			Doenças da mãe/criança	65	13,2
			Trabalho materno	49	9,9
			Nova gravidez	5	1,1
			Uso de anovulatório	16	3,2
Outras	11	2,2			

mente pela "diminuição espontânea do leite", "recusa do seio pela criança" e o "leite secou". Obviamente levando-se em conta os aspectos psicofisiológicos da lactação e de todo o conjunto de fatores que interferem na produção láctea, torna-se difícil e até imprudente chegar-se a conclusões definitivas sobre as causas primárias que conduziram as mulheres ao desmame precoce nestes estudos.

Levantamentos realizados em outros países citados por GUSSLER & BRIESEMEISTER (1980), JELLIFFE & JELLIFFE (1979) e ROSA & AZOURI (1977), também evidenciaram que uma das principais razões apresentadas pelas mulheres para interromper a amamentação é "o leite insuficiente". A literatura portanto tem sido bastante enfática em demonstrar que mulheres de diferentes culturas quando questionadas sobre as causas que as levam a não amamentar seus filhos, alegam categoricamente que não o fazem por que seu leite é "fraco" ou "insuficiente". Tal fato autorizou a alguns autores como GUSSLER & BRIESEMEISTER (1980) a qualificar a síndrome do leite insuficiente de fenômeno transcultural. Esta tese entretanto foi imediatamente refutada por GREINER et alii (1981).

Para superar a contradição existente entre o rígido discurso feminino e a verdade biológica do fenômeno lactacional, várias hipóteses tem sido formuladas e sugeridas. Entre as mais enfatizadas, está aquela em que, o desmame precoce ocorre em função da existência de uma falta generalizada de conhecimento do processo fisiológico da lactação e da técnica de amamentar, por parte das mulheres (OMS/UNICEF, 1979, JELLIFFE & JELLIFFE,

1979).

BATISTA DA SILVA (1985) entretanto, revisando causas do desmame precoce emite uma opinião diferente. As alegações da própria mãe para desmamar como "leite insuficiente", "falta de leite", "diminuição da quantidade", "leite fraco", foram o principal motivo para seu estudo monográfico intitulado "Estado Nutricional da lactante e composição do seu leite". Ao revisar dezoito trabalhos que estudam a composição do leite humano, a autora apresenta a possibilidade de a mulher estar sendo coerente e não apenas ignorante sobre a psicobiologia da lactação quando desmama alegando insegurança quanto ao valor nutritivo de seu leite. Tal hipótese parece estar sustentada fundamentalmente em dois aspectos. Um primeiro, que consiste no fato da autora ter identificado a existência de um consenso entre os autores consultados de que o deficiente aporte proteico na dieta da mulher pode diminuir a quantidade de leite produzido levando-a a sugerir que a dieta inadequada e o estado nutricional comprometido das mulheres podem, entre outros fatores, estar realmente relacionados com altos índices de desmame precoce. E um segundo, que se refere à identificação da utilização de indicadores indiretos para classificar estado nutricional adicionado à descrições clínicas sumárias, indefinidas e não padronizadas, sem a coadjuvância de indicadores de maior especificidade nos trabalhos analisados, o que pode, segundo a autora, estar levando os pesquisadores a refutarem a idéia de que o estado nutricional da lactante pode trazer repercussões significativas na composição do seu leite.

Já SPINDEL (1987), ao fazer algumas reflexões acerca das informações fornecidas pelas mães quanto as causas do desmame precoce no estudo realizado por BERQUÓ et alii (1984), na Grande Recife e Grande São Paulo, sustenta a idéia de que o sucesso ou insucesso de uma mulher na prática do aleitamento materno, se deve em grande parte aos contextos sócio-políticos, econômicos e culturais e familiares nos quais a mesma está inserida.

Entre as causas do desmame precoce figuram ainda aquelas situações em que a mulher ou a criança apresentam-se ineptas ou com dificuldades potenciais no aleitamento. Tais situações são identificadas por SANTOS (1989) como obstáculos ao aleitamento materno e estão categorizadas de acordo com o Quadro III.

2.2.4. Fatores que Influenciam a Mulher na Prática do Aleitamento Materno

Pelo exposto anteriormente pode-se afirmar que o aleitamento materno não se restringe à um fenômeno puramente biológico e muito menos se constitui em uma prática universal. No dizer de JELLIFFE & JELLIFFE (1979), o mesmo se constitui também em um processo ecológico. Já os cientistas sociais, compartilham hoje a idéia de que esta prática, bem como as representações e significações a ela atribuídas, a exemplo de outros fenômenos associados às várias etapas do ciclo vital, pouco têm de naturais, sendo antes histórica e socialmente determinadas (BADINTER (1985), KNIBIEHLER & FOUQUET (1977), KITZINGER (1978), PARSEVAL

QUADRO III - OBSTÁCULOS AO ALEITAMENTO MATERNO

1. OBSTÁCULOS MATERNOS	FISIOPATOLÓGICOS	2. OBSTÁCULOS RELACIONADOS À CRIANÇA
1. PATOLOGIAS ORGÂNICAS	Desnutrição Tuberculose Bacilífera Forma Lepromatosa de Hanseníase Agalactia ou Hipogalactia Mal Formação do Mamilo Mastites Supuradas Graves Infecção pelo "HIV" Aids	Fissura Palatina Síndrome de Pierre-Robin Cardiopatias Graves Problemas Neurológicos que obstaculizam ou impedem a sucção e a deglutição.
2. PATOLOGIAS PSÍQUICAS	Psicoses Neuroses Fobias	
3. INGESTÃO OBRIGATÓRIA PELA MÃE DAS SEGUIN- TES DROGAS.	Tetraciclínas Iodetos Propiltiuracil Iodo radioativo Corticosteróides Alcalóides de Ergot Diazepínicos Antineoplásicos Anticoagulantes	Atropina Clortiazida Quirina Reserpina
3. OBSTÁCULOS RELACIONADOS À FATORES SOCIAIS - ECONÔMICOS - CULTURAIS		
1. Desinformação da população em geral e profissionais da área de saúde sobre as vantagens e importância do Aleitamento Materno.		
2. Não cumprimento da legislação: Creches/locais de trabalho, horário especial para amamentação etc.		
3. Propaganda dos substitutos do leite humano.		
4. Existência de rotinas hospitalares que retardam, obstaculizam e impedem a prática do aleitamento natural: confinamento de recém-nascidos em berçários, horários rígidos de amamentação, administração de líquidos nos intervalos das mamadas, início da amamentação tardio, etc...		
5. Tabus relacionados à amamentação.		
6. Falta de preparo da mulher no período Pré-Natal para amamentação.		
7. Atitudes negativas em relação ao aleitamento materno.		
8. Falta de suporte para a mulher no período pós-natal.		
9. Peculiaridades da fase de lactação - fantasia/realidade.		

FONTE: SANTOS (1989) modificado.

(1986), MEAD (1971 e 1988), SCAVONE (1985). Isto implica que a mulher ao deparar-se com a função procriativa de amamentar, está exposta à múltiplos fatores, os quais, estudiosos das mais diversas áreas, a luz do conhecimento científico têm procurado identificar, compreender e categorizar.

HARRISON et alii (1985), citam como fatores que influenciam a mulher no aleitamento o seu estado nutricional e de saúde, seu conhecimento e habilidades, sua expectativa e motivação, e sua experiência prévia na alimentação da criança. Para RASSIN et alii (1984), BARANOWSKI (1983), e HEWAT (1985) estes fatores foram categorizados como sendo o ambiente domiciliar e familiar da mulher, influências sociais, culturais, sócio-econômicas, nível de conhecimento, "background" educacional e qualidade do seu contato com profissionais de saúde, alguns dos quais já foram abordados em citações anteriores.

MARIN (1988), identifica dois fatores como essenciais para que a mulher obtenha sucesso na lactação: a motivação em amamentar seu filho e a provisão de leite. A motivação ou intenção da mulher em amamentar segundo esta autora, está condicionada às suas crenças com relação ao aleitamento e a seu nível de informação. Considera que o retorno da mulher ao trabalho pode se constituir em um dos fatores que diminuem a motivação. Por outro lado, ressalta que a experiência prévia e o apoio de familiares e amigos pode favorecer a motivação de amamentar. Com relação à provisão de leite, especifica que é determinada por quatro fatores: a frequência das mamadas, a capacidade de sucção pela criança, o reflexo de ejeção e o uso de anticoncepcionais.

hormonais. Neste particular assinala ainda que devem ser considerados os aspectos anatômicos da glândula mamária, a fisiologia da lactação e as condições de saúde do lactente.

Sob o ponto de vista psicológico LANGER (1981:236), afirma que a mulher ao amamentar seu filho revive de maneira consciente sua própria lactância. Se esta foi uma experiência agradável e feliz sentirá prazer em repetir a experiência com seu próprio filho. Caso contrário, sustenta a autora, pode ocorrer que longínquas lembranças ressurgam, no seu inconsciente e criem obstáculos à lactância podendo até impedi-la. Por outro lado, pode ocorrer ainda que a mulher consiga sobrepor-se a seus velhos conflitos e encontre na amamentação um momento privilegiado para superar suas frustrações, seus ressentimentos e reivindicações, ao identificar-se com seu filho e com sua mãe ideal.

ODENT (1981) ao abordar os fatores psicológicos que interferem na decisão da mulher em amamentar ou não, parece corroborar com a autora citada acima. Este autor sustenta a tese de que a decisão de amamentar, resulta na mulher, do conflito entre diversos tipos de memória, sendo que a intensidade deste conflito é que vai condicionar igualmente o sucesso ou insucesso na amamentação, ou seja, na sua performance enquanto mãe/nutriz.

Segundo POPULATION REPORTS (1982), entre os fatores que influenciam a mulher no aleitamento materno destacam-se também os sócio-demográficos onde estão incluídos o lugar de residência da mulher-rural ou urbano, instrução e situação sócio-econômica dos pais, idade e paridade da mãe, apoio da família e

de amigos, emprego da mãe e prática de anticoncepção. Estudos realizados por AKIN et alii (1981), Organização Mundial da Saúde (1981) e UYANGA (1980), revelam que as mulheres das zonas rurais tendem a amamentar mais do que as de zonas urbanas. Paralelamente, estudos realizados em vários países têm demonstrado que as mulheres com maior nível de instrução e melhor condição sócio-econômica apresentam menor tendência em iniciar a amamentação e se o fazem é por curto período (Organização Mundial da Saúde, 1981). Em contraste a este padrão, no estudo realizado por GRISARD et alii (1982) em Florianópolis, SC a amamentação foi mais comum e prolongada entre as mulheres de condição sócio-econômica mais elevada e com maior nível de instrução.

A capacidade e motivação da mulher para praticar o aleitamento está sujeita à influências de sua família, de seus amigos, vizinhos e parentes. Isto é referenciado por vários autores tais com JELLIFFE & JELLIFFE (1979), AKIN et alii (1981) e UYANGA (1980).

Com relação ao trabalho da mulher, apesar de não haver estudos que evidenciem claramente a relação entre o trabalho e a amamentação, é importante considerar que o mesmo ao obrigá-la a permanecer por longos períodos de tempo distante do seu lar, determina condições menos propícias para a manutenção da lactação.

Outro aspecto importante a ser considerado entre estes fatores está relacionado aos métodos usuais de assistência à saúde ao binômio mãe/filho especialmente aqueles adotados em maternidades e hospitais gerais com leitos obstétricos. As rotinas e procedimentos adotados logo após o parto vão influenciar a mu-

lher, podendo promover ou retardar, obstaculizar e até impedir a prática do aleitamento materno. Daí a importância que alguns atribuem à precocidade da primeira mamada, à adoção do sistema alojamento conjunto e à demanda livre para a amamentação (MANDL, 1981; KLAUS & KENNEL, 1987; RELATÓRIO FINAL I ENCONTRO NACIONAL SOBRE ALOJAMENTO CONJUNTO, 1982).

Estes e muitos outros fatores parecem exercer influências sobre a mulher com relação à amamentação. Sem a pretensão de tê-los esgotado mas com uma preocupação de abrangê-los ao máximo, apresento ainda os fatores identificados e categorizados por HELSING (1981) que influenciam a decisão da mulher no modo de alimentar a criança (Quadro IV).

Quadro IV - Fatores que influenciam a decisão da mulher sobre o modo de alimentar a criança (HELSING, 1981:87)

DIMENSÕES CULTURAL/ PSICOLÓGICA	DIMENSÃO SOCIAL	DIMENSÃO MATERIAL, ECONÔMICA E LEGAL
<p>Conhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acerca das necessidades nutricionais da criança - Acerca dos procedimentos do aleitamento materno 	<p>Práticas e rotinas relacionadas ao parto.</p> <p>Incluindo as situações do pré e pós-parto)</p> <ul style="list-style-type: none"> - tradicional - moderno 	<p>Renda familiar.</p> <p>Classe social da família.</p> <p>Número e idade dos dependentes.</p> <p>Disponibilidade do cuidado a criança.</p> <ul style="list-style-type: none"> - preço - qualidade - proximidade do local no trabalho
<p>Nível Educacional</p>	<p>Sistema de suporte social para as mães que deram a luz recentemente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tradicional - moderno - privado - público 	<p>Situação do trabalho da mãe em casa</p> <ul style="list-style-type: none"> - disponibilidade de tempo livre - carga de trabalho - obrigações sociais
<p>Tradições</p> <ul style="list-style-type: none"> - na alimentação da criança - na alimentação da mãe - no cuidado à criança 	<p>Modelo do trabalho da família (trabalho reprodutivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> - mudança rapidamente da estrutura familiar - responsabilidade do homem para o trabalho reprodutivo social 	<p>Situação do emprego da mãe</p> <ul style="list-style-type: none"> - seguro de emprego - flexibilidade nas horas de trabalho - distância entre a casa e o local de trabalho - natureza do trabalho
<p>Atitudes e percepções da mãe, do pai, da família e sociedade relativo à:</p> <ul style="list-style-type: none"> - papel da mãe - criação da criança - aleitamento materno - papel do pai - sexualidade - papel da mulher - responsabilidade da sociedade e obrigações para com seus membros. 	<p>Modelos de cuidado à criança</p> <ul style="list-style-type: none"> - uso e disponibilidade de um encarregado pela criança - idade e habilidade do encarregado da criança 	<p>Situação do emprego da família</p> <p>Proteção e legislação à maternidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - teoria - prática
<p></p>	<p>Controle sobre recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> - recursos materiais - tempo 	<p>Estado fisiológico da mãe</p> <ul style="list-style-type: none"> - estado nutricional - idade - nº de filhos (paridade) - história médica
<p></p>	<p>Práticas de propaganda das indústrias de alimentos infantis</p> <ul style="list-style-type: none"> - através dos sistemas de saúde - através de contatos pessoais - através de meios de massa. 	<p>Existência de uma alternativa para o aleitamento materno</p> <p>O aleitamento materno</p> <ul style="list-style-type: none"> - disponibilidade - praticabilidade - custo

2.2.5. Medidas de Incentivo e Modelos Assistenciais Dirigidos à Mulher que Amamenta

Frente ao exposto, onde é comprovado e reconhecido o valor e a importância do aleitamento materno e são conhecidas as causas e conseqüências do seu declínio, bem como os fatores que influenciam a mulher nesta prática, torna-se necessário que medidas sejam tomadas no sentido de estimulá-lo e promovê-lo entre todas as comunidades. Assim sendo, de acordo com JELLIFFE & JELLIFFE (1979) e BAER (1981), mais de 15 países na última década adotaram medidas legais e políticas, através de programas, para estimular esta prática.

Segundo o POPULATION REPORTS (1981), dois tipos de orientação tem direcionado estes programas: (A) os que adotam políticas de demanda onde as mulheres são incentivadas a amamentar, através de instruções às mesmas e aos profissionais de saúde, e através de mudanças nas rotinas hospitalares e nos empregos, com o objetivo de facilitar a amamentação; os planos de procura também são adotados para desencorajar a alimentação com mamadeira através da restrição da propaganda das fórmulas industrializadas; (B) os que adotam políticas de abastecimento, onde a alimentação com mamadeira torna-se difícil diminuindo a disponibilidade e o suprimento das fórmulas comerciais para lactentes, as mamadeiras e os bicos.

Para que tais programas obtenham sucesso, inúmeros autores e entidades nacionais e internacionais têm recomendado medidas para incentivar o aleitamento materno. Neste sentido seleccionei para este trabalho alguns deles, os quais são apresentados no Quadro V.

Quadro V. Medidas de Incentivo ao Aleitamento Materno.

Centro Internacional da Infância (1982)	American Academy of Pediatrics (1980)	Shiavo, M. (1985)
Medidas sócio-econômicas e legislativas:	. Educação a respeito da amamentação materna nas escolas, tanto para rapazes como mocinhas, visto que o apoio posterior dado pelos pais ajuda a obter o êxito na amamentação ao seio. . Educação pública através de televisão, jornais, revistas e rádio para reforçar a aceitabilidade da amamentação ao seio. . Instruções melhoradas a respeito das técnicas de amamentação nas escolas de medicina e enfermagem e programas de residência em obstetria, pediatria e prática familiar. . Material educacional concreto destinado a apresentar as vantagens da amamentação. . Estímulo para não utilizar alternativas da amamentação para o alívio, férias ou alimentação noturna antes que esteja bem estabelecida a lactação. . Informações sobre amamentação ao seio fornecidas nas aulas de pré-natal e em qualquer contato pré-natal. . Sedação diminuída da mãe para o trabalho de parto e o nascimento. . Contato aumentado entre a mãe e o filho nas primeiras 24 horas. . Estimular a permanência da criança no quarto, exceto quando especificamente contra-indicado. . Abstenção da alimentação suplementar rotineira. . Não administrar supressores da lactação, a menos que pedido pela mãe. . Livrar-se dos conjuntos de amamentação artificial (mamadeiras), fornecendo-os apenas segundo o critério médico ou a pedido da mãe, mas não como uma rotina hospitalar. . Criação de creches diurnas adjacentes às escolas ou locais de trabalho, a fim de estimular e apoiar as mães trabalhadoras e em idade escolar a amamentar seu filho. . Utilização de grupos de apoio legal como o La Leche League.	. Conscientização das pessoas e instituições que trabalham em áreas direta ou indiretamente ligadas à questão como saúde, agricultura, nutrição, pediatria, puericultura (...). . Consideração das atividades relacionadas ao aleitamento materno dentro de um contexto mais amplo de apoio à mulher bem como de atenção à saúde das crianças. . Reconhecimento para todos os efeitos sociais, civis e legais do duplo papel desempenhado pela mulher na sociedade como mãe e trabalhadora. . Estabelecimento de uma ampla base jurídica de fomento ao aleitamento materno, promovendo-se a real execução das leis e políticas definidas. . Institucionalização do apoio ao aleitamento materno, com a mobilização e integração dos esforços neste sentido desenvolvidos por associações de classe e de moradores, (...) além de vários órgãos públicos ligados direta ou indiretamente a questão.
. prolongar a duração da licença à maternidade e particularmente à licença pós-natal.		
. prolongar a licença para as mulheres que desejam amamentar e continuar a cuidar elas mesmas do seu bebê.		
. possibilidade de acomodar os bebês no local ou próximo ao trabalho da mãe.		
. possibilidade para as mulheres que amamentam de ter um horário flexível.		
. segurança de permanência no emprego durante a licença maternidade e durante seu eventual prolongamento.		
. prêmios de aleitamento materno (...).		
. proteção do leite materno contra a poluição ambiental (legislação sobre o uso de inseticidas e de medicamentos).		
. controle dos leites industriais e dos alimentos para lactentes.		
. controle a nível de fabricação (regulamentação sobre composição e rotulagem).		
. controle da publicidade, da distribuição e venda.		
Reorientação dos Serviços de Saúde:		
. As consultas pré-natais devem ser largamente aproveitadas para abordar o problema do aleitamento materno.		
. As palestras de preparação para o parto devem ser orientadas para uma preparação "para o nascimento" e os cuidados com o recém-nascido e lactentes (...)		
. Na maternidade a amamentação deve ser precoce e o sistema de internação deve ser do tipo alojamento conjunto.		

No Brasil, a exemplo de outros países em desenvolvimento como Colômbia, Nicarágua, México e Indonésia, foi instituído em março de 1981 o Programa de Incentivo ao Aleitamento materno (PIAM), com orientação direcionada para os planos educacional e de procura. Este programa foi instituído após o conhecimento da situação epidemiológica e das causas do declínio do aleitamento materno em algumas regiões do país, conforme recomenda o Centro Internacional da Infância (1982), e adotou uma série de medidas estando as mesmas agrupadas em quatro grandes áreas: educação, organização dos serviços de saúde, trabalho da mulher e indústria de alimentos infantis/técnicas de comercialização de alimentos sucedâneos de leite humano. De acordo com o Comitê de Aleitamento Materno (1985) as medidas planejadas e executadas incluíram:

- Educação

. Divulgação em massa por meio de todos os canais disponíveis (televisão, rádio, jornais, revistas, cartazes) durante os primeiros quarenta e cinco dias de lançamento do programa, enfatizando o valor do leite materno e a importância da mulher em amamentar.

. Treinamento intensivo do pessoal de saúde e de líderes através de seminários sobre o aleitamento materno.

. Elaboração e distribuição de materiais educativos para profissionais, auxiliares de saúde e mães.

. Organização de grupos de mães que apoiam o aleitamento materno em vários Estados.

. Revisão e complementação dos currículos das escolas universitárias de medicina, enfermagem, nutrição, incluindo conteúdo sobre Aleitamento Materno.

. Treinamento de universitários participantes do Projeto Rondon em 23 Estados, atingindo 2.000 estudantes durante as operações de 1981.

. Introdução de conteúdo referente ao aleitamento materno nos programas de 1º e 2º Graus (de 11 Estados) nos cursos supletivos dos programas do Movimento Brasileiro para Alfabetização (MOBRAL), bem como nos programas e serviços que desenvolvem atividade com pré-escolares.

. Intervenção educativa dirigida às agências formais e informais das comunidades e clubes de serviços, para a atuação efetiva na promoção do aleitamento materno.

. Participação ativa de grupos voluntários, entre eles a Igreja Católica, os Menonitas, Crutac, Lions, Rotarys, Pronau, Liga do Leite, Amigas do Peito, etc.

- Organização dos Serviços de Saúde:

. Inclusão obrigatória nos serviços de atendimento pré-natal, do preparo da gestante, o ensino de técnicas simples para estimular e facilitar o aleitamento materno, bem como prevenir o desmame precoce.

. Organização do serviço no sentido de que o tempo de espera para a consulta seja aproveitado na educação da gestante, tendo em vista o aleitamento materno.

- . Utilização da consulta pós-parto como reforço e estímulo à manutenção da prática do aleitamento materno e para solução de eventuais problemas surgidos.

- . Estímulo à adoção do Sistema Alojamento Conjunto nas maternidades e hospitais gerais com leitos/obstétricos.

- . Colocação do recém-nascido ao seio logo após o parto, antes mesmo da de quitação da placenta.

- . Supressão da administração de água ou alimentos através de mamadeiras.

- . Uso criterioso de anestesia para evitar sedação da criança.

- . Supressão dos horários rígidos da amamentação.

- . Estímulo à criação de Bancos de Leite Humano e Centrais de Incentivo ao Aleitamento Materno.

- Trabalho da Mulher:

- . Divulgação das leis vigentes de proteção à mulher nutriz (licença maternidade, criação de creches, horário especial para amamentação).

- Indústria de Alimentos Infantis e Técnicas de Comercialização de Alimentos Sucedâneos do leite humano:

- . Proibição de rótulos e embalagens com a expressão "leite maternizado" e similares.

- . Inclusão nos rótulos e embalagens de leite em pó, de aviso referente à superioridade do leite humano em relação ao produto embalado.

Controle da propaganda fornecida por indústrias ao pessoal de saúde sob a forma de amostras de leite grátis e outras atividades utilizadas pelas indústrias.

Analisando as medidas adotadas no Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno no Brasil, é possível constatar que grande parte delas coincidem com as recomendadas no Quadro IV e que apesar das diferenças regionais e culturais das sociedades às quais se destinam, guardam entre si acentuado grau de similaridade. Com relação aos resultados destas medidas constatee na literatura uma lacuna deixada pela ausência de avaliações transversais, impedindo uma visão clara e abrangente do impacto alcançado sobre a prevalência do aleitamento a nível nacional. De qualquer modo é possível observar um despertar renovado à esta prática, podendo ser constatado através das mudanças pró-aleitamento ocorridas nas diversas áreas da sociedade brasileira, entre as quais destaco: criação de Bancos de Leite Humano, adoção do Sistema Alojamento Conjunto nas maternidades, criação de Centros de Estímulos à Lactação, adoção do Código Internacional de Sucedâneos de Leite Materno, inclusão de conteúdo sobre aleitamento materno nos currículos de 1º, 2º e 3º graus, e mais recentemente através da Carta Constitucional, o direito da licença maternidade por 120 dias garantido mulher, entre outros.

Entendo neste trabalho que os modelos assistenciais dirigidos à mulher que amamenta estão implícitos nas medidas e intervenções aqui enunciadas, constituindo-se o conhecimento das mesmas de fundamental importância para a prática assistencial a

que me proponho.

2.2.6. A Enfermagem Frente à Prática do Aleitamento Materno

A importância da atuação dos profissionais de saúde na prática do aleitamento materno, entre os quais inclui-se os de enfermagem, tem sido enfatizada por diversos autores e entidades (WORTHINGTON et alii 1988, CENTRO INTERNACIONAL DA INFÂNCIA, 1982 OMS/UNICEF, 1979, REA & TOMA 1989).

Inúmeros estudos têm demonstrado que a atitude dos profissionais de saúde frente ao aleitamento se constitui em um dos fatores chave na prevalência e duração da lactação uma vez que os mesmos exercem influência considerável na decisão das mães com relação a alimentação de seus filhos (JELLIFFE & JELLIFFE 1979, PECHÉVIS, 1981). De fato em nossa sociedade o modelo de assistência à maternidade, independente da abordagem adotada, pressupõe o contato frequente das mulheres com esses profissionais nas diversas fases do ciclo gravídico-puerperal. Mas se de um lado, a literatura evidencia a importância dos profissionais de saúde na prática do aleitamento materno, por outro, esses profissionais, e em especial os de enfermagem, têm demonstrado uma crescente preocupação e conscientização do seu papel no estímulo à lactação nas diversas partes do mundo.

No Brasil, em especial na última década, os fundamentos da assistência de enfermagem no aleitamento materno, bem como a atitude dos profissionais que atuam na área, tem se modificado em decorrência dos resultados de pesquisa, do próprio de-

envolvimento da profissão e também em função do movimento pró-amamentação iniciado no país em 1981. Tais modificações são perceptíveis nos diversos níveis de atuação profissional, ou seja, no ensino, pesquisa e assistência.

No que diz respeito ao ensino, embora a literatura apresente lacunas importantes em relação a análise dos conteúdos ministrados nas diversas escolas de enfermagem do país, é possível perceber na prática, que os currículos de enfermagem a nível de 1º, 2º e 3º graus, já não padecem mais da chamada "doença curricular" (VITIELLO, 1986), onde o tema aleitamento materno quando não ausente, era abordado de forma superficial e pouco relevante.

Quanto à pesquisa e à produção científica, embora longe do ideal, a literatura mostra que tanto a enfermagem internacional quanto a brasileira, tem investido tempo e esforços consideráveis em relação ao estudo da amamentação. Nos últimos anos avolumam-se publicações sobre o tema e importantes contribuições tem sido dadas por enfermeiras que atuam na área. Em nosso país destaque os trabalhos desenvolvidos por VINHA (1983) e CAMPESTRINI (1983), entre outros não menos importantes.

Em relação a assistência de enfermagem no aleitamento materno, observa-se também um esforço generalizado dos que atuam na área, no sentido de promover esta prática, especialmente nos países em desenvolvimento. Nas publicações referentes a assistência de enfermagem perinatal o tema é apresentado através de diferentes abordagens, embora a maior parte deles se atenha aos aspectos teórico-clínicos da amamentação.

ZIEGEL & CRANLEY (1985) e REEDER et alii (1978) ao abordarem a assistência de enfermagem à mulher no aleitamento materno descrevem os fatores considerados importantes que interferem na secreção láctea e na sucção do bebê, os aspectos relacionados com a anatomia e fisiologia da lactação, cuidados com os seios e mamilos durante a amamentação, regime saudável para a mãe que amamenta (repouso, dieta, drogas, contaminantes ambientais), duração, frequência e técnica da amamentação, e orientações que vão estimular uma boa lactação. Na prática a experiência vivida como enfermeira, tem me revelado que os conhecimentos acima citados se constituem em pré-requisitos básicos para a prestação de uma assistência adequada, entretanto muitos outros fatores como os sócio-culturais, políticos, econômicos e demográficos, já abordados anteriormente e que não foram citados por estes autores, merecem ser considerados. Neste sentido, PIZZATO & DA POIAN (1985), SANTOS (1989), ao abordarem a assistência de enfermagem no aleitamento materno, além de apresentarem os aspectos fisiológicos da lactação, ressaltam os aspectos sociais, econômicos e psicológicos que envolvem esta prática.

No Brasil, algumas propostas inovadoras de assistência de enfermagem à mulher no aleitamento materno têm se destacado. Cito a guisa de exemplo o trabalho desenvolvido por VINHA et alii (1989), através do NÚCLEO DE ALEITAMENTO MATERNO (NALMA) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Este núcleo, criado em 1985 a partir de experiências cumulativas de enfermeiros e docentes que atuam na área do aleitamento, tem como principais objetivos prestar serviços à comunidade, realizar pesquisas e en-

sino à nível de graduação e pós-graduação, e de educação continuada para profissionais que atuam na área materno infantil, visando a promoção do aleitamento materno. Segundo as autoras, na área de assistência vários projetos tem sido criados, organizados e estão sendo mantidos. Entre os citados, chamou-me atenção o denominado "AUTO-CUIDADO COM A MAMA PUERPERAL", destinado às puérperas durante o período de internação. As autoras relatam que através do ensino em grupo as mulheres são conscientizadas da importância de assumirem a responsabilidade de cuidar de si próprias sabendo que o sucesso ou insucesso dependerá delas mesmas. Neste trabalho entretanto, as autoras não descrevem claramente a metodologia da assistência de enfermagem adotada e ao utilizarem o conceito "auto-cuidado", não explicitam em que bases teóricas foi fundamentado. De qualquer modo, achei o trabalho não somente útil como também oportuno pois na pesquisa bibliográfica até aqui realizada, foi o único que abordou o conceito auto-cuidado na situação específica do aleitamento materno.

2.3. Marcos Conceituais Fundamentados na Teoria do Auto-Cuidado de Orem Aplicados na Prática Assistencial.

Desde sua primeira publicação que se deu, de acordo com MELEIS (1985), em 1959 a teoria de Dorothea Orem vem sendo uma das mais absorvidas pela enfermagem, especialmente a norte-americana, tanto na prática, quanto na pesquisa e administração.

Tal fato tem de um lado, gerado discussões e críticas à teoria e por outro, contribuído para o aperfeiçoamento da mesma, levando a autora a rever e aprofundar continuamente o modelo proposto, o que tem feito através de suas publicações individuais OREM (1971, 1980, 1985 e 1991), e coletivas na qualidade de membro do NURSING DEVELOPMENT CONFERENCE GROUP-NDCG (1973 e 1979).

No Brasil, alguns estudos têm sido realizados com o objetivo de analisar e discutir a viabilidade da aplicação de teorias/marcos conceituais de enfermagem na prática. Tais estudos, embora esparsos e de caráter isolado, permitem uma visão da aplicação e utilização da Teoria de Auto-Cuidado de Orem em algumas regiões do nosso país.

NEVES & TRENTINI (1987), ao relatarem a experiência de aplicação de teorias/marcos conceituais realizados por enfermeiros do Hospital Universitário de Florianópolis, professores e alunos do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, a nível de graduação e pós-graduação, mostram que a teoria do Auto-Cuidado de Orem é uma das mais utilizadas pelos alunos a nível de pós-graduação. As autoras relatam que dos 25 projetos desenvolvidos na disciplina Metodologia da Assistência de Enfermagem na Saúde do Adulto, 9 (nove) optaram pela teoria de Orem. Já com relação aos alunos da graduação, o mesmo não ocorre. Dos 67 (sessenta e sete) projetos assistenciais desenvolvidos na VIIIª unidade curricular apenas 1 (um) fundamenta-se na referida teoria, e outros 6 (seis) a utilizam associando-a à outros conceitos e outras teorias.

SOUZA (1987) desenvolveu em sua dissertação de mestrado um estudo em maternidades públicas do município do Rio de Janeiro intitulado "Das condições de aplicabilidade da Teoria do Auto-Cuidado de Orem em Enfermagem Obstétrica - Sondagem junto às puérperas de Parto Eutócico." O mesmo foi desenvolvido com os seguintes objetivos: (1) questionar a existência de uma metodologia científica no desenvolvimento das ações de enfermagem em hospitais e maternidades; (2) identificar dificuldades e/ou obstáculos decorrentes da implementação de tal sistema e (3) verificar junto às puérperas de parto eutócico, as condições de participação das mesmas nas atividades e/ou cuidados de enfermagem consoante o postulado por Dorothea Orem na Teoria do Auto-Cuidado.

A amostra constou de 18 instituições públicas que prestam atendimento obstétrico em regime de internações e 202 puérperas de parto eutócico. Para a coleta de dados a autora utilizou dois instrumentos: um primeiro constituído de perguntas abertas e fechadas referentes à identificação da instituição, funcionamento, recursos humanos e metodologia assistencial adotada, respondidas pelos enfermeiros das instituições visitadas. E um segundo denominado DA CLIENTELA constituído de perguntas abertas e fechadas respondido pelas puérperas de parto eutócico incluindo dados de identificação, situação-econômica, aspectos gestacionais, problemas puerperais e expectativa da clientela frente à assistência de enfermagem.

A autora verificou em seu estudo que um número reduzido de instituições utiliza alguma metodologia científica na as-

sistência de enfermagem em relação à Teoria do Auto-Cuidado de Orem e a partir da opinião de enfermeiros e puérperas verificou significativo percentual de possibilidade quanto à adoção da mesma, embora tenha evidenciado que a referida teoria é pouco conhecida na prática do universo pesquisado.

Quanto à utilização da teoria do auto-cuidado na prática assistencial especificamente no que se refere à mulher no aleitamento materno, que se constitui no foco central do presente estudo, a revisão da literatura evidenciou a existência de uma importante lacuna, mas em contrapartida, mostrou que a mesma tem sido utilizada para direcionar a assistência de enfermagem à mulher em diferentes situações.

WOORELY (1983), fundamentada na teoria do auto-cuidado de Orem desenvolveu um marco conceitual para direcionar a assistência de enfermagem prestada à clientes obstétricas com seus respectivos cônjuges, desejosos em aceitar responsabilidades por sua saúde através de ações de auto-cuidado. A experiência é realizada através de um Programa de Educação para Casais Grávidos (Progenitores) conduzido pela autora no período pré-natal. Segundo a mesma os pais estabelecem suas próprias metas de saúde que geralmente incluem uma mãe e neném saudáveis, uma gravidez e parto confortáveis e relações entre o casal/família conduzidas de modo também saudáveis.

A autora relata que neste programa uma grande proporção do papel da enfermeira é o ensino em grupos de 5 à 12 casais por classe; contudo se um déficit real ou potencial de competência para o auto-cuidado é reconhecido pela cliente, enfermeira,

outro provedor do cuidado de saúde, ou membro da família pode exigir atenção individual. Quando consultada relata a autora, a enfermeira avalia com a cliente as percepções de déficits reais ou potenciais, estabelecendo metas mútuas para a saúde da cliente. Neste particular a enfermeira avalia: (a) o nível de motivação para alcançar as metas de saúde; (b) os "assets" (aspectos positivos, qualidades ou habilidades de auto-cuidado) e limitações (déficits de auto-cuidado) relacionados com a obtenção destas metas e (c) a necessidade de intervenção da enfermagem. Um processo contratual informal estabelece o papel da enfermeira e da cliente, quanto às responsabilidades para satisfazerem as desejadas metas de saúde. Se a cliente não está motivada para atingir suas próprias metas de saúde, o trabalho da enfermeira torna-se um papel motivacional. De acordo com o marco conceitual, a cliente deve dar-se conta da necessidade da intervenção da enfermagem ou a intervenção poderá não ser justificada.

Em seu relato a autora apresenta ainda um modelo de marco conceitual de auto-cuidado para a enfermagem, fundamentado em Drem acrescentando estrutura e consistência (descrição de um estudo de caso) na aplicação do mesmo na prática de enfermagem.

Ao concluir a autora diz que pelo uso do marco conceitual fundamentado na teoria do Auto-Cuidado de Drem, a enfermeira opera dentro de um sistema centrado no cliente, encorajando-o para ser responsável por seu próprio cuidado.

REMOR et alii (1986) relataram a assistência de enfermagem prestada à 66 puérperas e seus respectivos recém-nascidos internados no Sistema Alojamento Conjunto em uma maternidade de

Florianópolis. A partir de um marco conceitual baseado na teoria do auto-cuidado, de Orem, as autoras organizaram e sistematizaram o planejamento e implementação das ações através do processo de enfermagem. Os resultados mostram que 95,5% das puérperas assistidas foram enquadradas no sistema de suporte educativo, onde prevaleceram as necessidades de orientação relativas aos aspectos teórico-práticos da amamentação, e aos cuidados puerperais. A conclusão das autoras é de que a teoria do Auto-Cuidado demonstrou ser eficiente para a população assistida por entenderem que os cuidados com os filhos e o "cuidar de si mesma" já fazem parte da natureza humana.

ALVAREZ (1990) em sua dissertação de mestrado desenvolveu um marco conceitual baseado na teoria do Auto-Cuidado de Orem e nos conhecimentos de pessoa idosa com o objetivo de identificar as exigências de auto-cuidado terapêutico específicas de mulheres idosas bem como de sua competência para atender a tais exigências. Foi uma pesquisa de nível I, de delineamento exploratório descritivo realizada em um centro vivencial de idosos no município de Florianópolis, SC, com 13 mulheres idosas.

A partir do marco conceitual, a autora elaborou um instrumento para coleta de dados intitulado "Instrumento para Identificação de Exigências de Auto-Cuidado Terapêutico em Indivíduos Idosos" (IATI). O mesmo é composto de duas partes: identificação das exigências terapêuticas de auto-cuidado em indivíduos idosos e a identificação das ações de auto-cuidado relacionadas às exigências identificadas. Quatro itens compõem a primeira parte do instrumento. O primeiro está relacionado aos da-

dos de identificação do sujeito. O segundo item refere-se aos requisitos de auto-cuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. O terceiro item é destinado às anotações referentes aos dados objetivos e subjetivos coletados pela pesquisadora. E o quarto item, que é para as anotações das exigências de auto-cuidado terapêutico identificados a partir da análise dos dados objetivos e subjetivos.

Em relação à segunda parte do instrumento, foi elaborada a partir dos estudos do NURSING DEVELOPMENT CONFERENCE GROUP (1979) acerca dos três tipos de operações de auto-cuidado: operações estimativas, operações transicionais e operações produtivas.

Os resultados são apresentados pela autora na forma descritiva, dos quais três casos foram selecionados e descritos integralmente. Os demais em número de dez serviram de base para a discussão e foram apresentados resumidamente nos anexos.

Entre outras, uma das conclusões mais importantes relatadas pela autora neste estudo, foi a singularidade encontrada em cada mulher no que se refere ao auto-cuidado. Como consequência, suas necessidades são específicas e as ações para atender a elas são desenvolvidas de maneira pessoal e única.

Os estudos revisados se constituem em algumas tentativas válidas de instrumentalizar, operacionalizar e implementar a teoria do Auto-Cuidado de Drem tendo como foco central à mulher em diferentes situações. As contribuições oferecidas pelas autoras, nos seus mais variados aspectos trazem contribuições não só para a expansão e aperfeiçoamento da teoria de Drem, como também

para a consolidação das bases do saber da enfermagem e a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada.

CAPÍTULO III

MARCO CONCEITUAL

Nos últimos anos algumas pesquisadoras de enfermagem têm evidenciado que os termos teoria, marco teórico, marco conceitual, modelo conceitual, paradigma e modelo, embora diferentes em sua significação e constituição, vêm sendo utilizados como sinônimos na literatura (MELEIS, 1985, NEVES & GONÇALVES, 1984, POLIT & HUNGLER, 1989). Ao descrever e analisar o processo de interrelação da teoria, pesquisa e prática na enfermagem, TRENTINI (1987), por exemplo, ressalta que o termo "conceptual framework" (marco conceitual) é, na maioria das vezes, utilizado como sinônimo de teoria de grande porte na literatura de enfermagem americana.

A fim de evitar um emaranhado de significações e dificuldades operacionais, optei neste trabalho pela compreensão do termo marco conceitual da forma como o concebem STEVENS (1979) e NEUMAN (1982), ou seja, como um conjunto de definições e conceitos interrelacionados com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de um modo abrangente. Neste trabalho tais definições e conceitos estão fundamentados na Teoria do Auto-cuidado de Dorothea Orem, e ser-

rão utilizados para direcionar (guiar) a assistência de enfermagem a ser prestada à mulher na prática do aleitamento materno em um Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno.

Corroborando com a posição sustentada por MELEIS (1985) de que as teorias de enfermagem refletem diferentes realidades e que as mesmas são elaboradas a partir do ambiente sócio-cultural, dos interesses da enfermagem da época e da experiência educacional da teórica, procurei através da análise e reflexão, adaptar e integrar os conceitos da referida teoria à minha realidade e situação concretamente vivenciadas na prática. Isto implica que o marco conceitual elaborado reflete a visão que tenho sobre o ambiente sócio-cultural no qual estou inserida, os interesses da enfermagem do momento histórico em que estou vivenciando, a experiência e meu "background" acerca do aleitamento materno e da teoria do auto-cuidado de Orem.

Para adaptar as idéias de Orem à essa realidade concretamente vivenciada na prática, busquei auxílio de outros estudiosos. No que diz respeito aos elementos conceituais específicos da teoria, ou seja, auto-cuidado, competência do indivíduo para o auto-cuidado, demanda terapêutica do auto-cuidado e competência da enfermagem para o auto-cuidado, recorri à pesquisadores, críticos e teóricos de enfermagem que vêm realizando estudos acerca desta teoria, especialmente aqueles que tem procurado aprofundar ou validar conceitos nela contidos. Quanto a adaptação dos elementos conceituais considerados gerais, tais como ser humano, meio-ambiente, sociedade/comunidade, saú-

de/doença e aprendizagem, busquei auxílio em estudos realizados por pesquisadores, críticos e teóricos de outras áreas como ciências humanas e sociais, os quais foram extremamente úteis e valiosos para clarificar e preencher algumas lacunas deixadas por Orem em relação a estes conceitos.

Considerando que o presente marco conceitual foi elaborado para ser implantado em um Banco de Leite Humano e CIAM existente em uma maternidade na cidade de Florianópolis, SC, além dos pressupostos teórico-filosóficos pessoais e da teórica, acho importante ressaltar que levei em conta também os pressupostos teórico-filosóficos do referido setor.

Assim sendo, apresento inicialmente os pressupostos teórico-filosóficos do Banco de Leite Humano e CIAM, da teórica e os pessoais, e posteriormente explicito os conceitos que vão dar forma e conteúdo ao presente marco.

3.1. PRESSUPOSTOS TEÓRICO-FILOSÓFICOS

3.1.1. PRESSUPOSIÇÕES DO BANCO DE LEITE HUMANO E CENTRAL DE INFORMAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO.

- O aleitamento materno é um fenômeno natural presente na mulher no ciclo grávido puerperal, cuja prática determinada cultural, política e socialmente, precisa ser resgatada tendo em vista as inestimáveis vantagens que advém para a saúde do binômio mãe/filho.

- Amamentar é um direito da mulher e cabe a ela optar

deliberada e responsabilmente por esta decisão ou não.

- Os fatores que influenciam a decisão da mulher em amamentar seu filho são múltiplos e complexos, devendo os profissionais que atuam na área procurar identificá-los e compreendê-los.

- O ato de amamentar envolve a mulher integralmente (dimensão física, psíquica, social e cultural), não se restringindo esta ação ao simples oferecimento do seio à criança.

- É um direito da mulher receber orientações, apoio e estímulo ao aleitamento (SANTOS, 1988).

3.1.2. PRESSUPOSIÇÕES DA TEORIA DO AUTO-CUIDADO DE OREM

- O auto-cuidado é uma necessidade universal dos seres humanos.

- O auto-cuidado é uma ação deliberada que possui propósito, padrão e seqüência, que busca metas e resultados (OREM, 1985:84)

- As atividades de auto-cuidado são aprendidas de acordo com as crenças, hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida cultural do grupo ao qual o indivíduo pertence (OREM 1985, p. 108).

- As maneiras de encontrar as necessidades de auto-cuidado (processos, tecnologias e práticas de auto-cuidado) são elementos culturais e variam com os indivíduos e grupos sociais maiores (OREM, 1980, p. 29; 1985, p. 37).

- Os fatores individualizados de saúde, idade, estágio

de desenvolvimento, conhecimento e habilidades, valores e metas, motivação e o padrão estabelecido para responder a estímulos internos e externos influenciam as decisões e ações ao auto-cuidado (OREM, 1985, p. 109).

- Fatores como ambiente, hereditariedade, conhecimentos sobre saúde, valores, atividades, crenças e comportamentos influem na saúde do indivíduo (OREM, 1980).

- A enfermagem é um serviço de ajuda (OREM, 1980, p. 30; 1985, p. 38).

3.1.3. PRESSUPOSIÇÕES PESSOAIS

- As mulheres que amamentam têm necessidade de desenvolver ações de auto-cuidado.

- O auto-cuidado desenvolvido pelas mulheres no aleitamento materno consiste em uma ação deliberada, cheia de propósitos que busca metas e resultados.

- O auto-cuidado no aleitamento materno é um comportamento que implica no papel ativo da mulher.

- As maneiras de satisfazer as necessidades de auto-cuidado no aleitamento materno se constituem em elementos sócio-culturais e variam de mulher para mulher.

- As decisões e ações das mulheres para o auto-cuidado no aleitamento materno são influenciadas pela história de vida, fatores individualizados de idade, estrutura cognitiva*, afetiva, física, sócio-culturais, habilidades psico-motoras e estado

* Ver NEVES (1980)

de saúde (da mulher e da criança).

- As crenças, os hábitos e práticas culturais que caracterizam o estilo de vida da mulher influenciam as ações de auto-cuidado no aleitamento materno.

3.2. CONCEITOS

SER HUMANO

Na concepção de OREM, o ser humano é "uma unidade funcionando biologicamente, simbolicamente e socialmente. O funcionamento do ser humano está ligado ao seu ambiente, e juntos, ser humano e ambiente, formam um todo integrado ou sistema" (OREM, 1971, p.14). OREM (1985) acredita que o ser humano é um ser que tem necessidade de auto-cuidado e que o mesmo é responsável e possui habilidades (capacidades) para cuidar de si próprio e de seus dependentes. Na discussão sobre a natureza do ser humano, OREM (1971, p. 43, 1980, p.118, e 1985, p. 174) acrescenta ainda que o mesmo se distingue de outros seres vivos pela capacidade de refletir sobre si mesmo e seu ambiente, simbolizar suas experiências e usar criações simbólicas (idéias, palavras), através do pensamento, da comunicação e da ação, em seu próprio benefício ou de outros. Na visão de FOSTER & JANSSENS (1985), o conceito de ser humano de OREM inclui aspectos físicos, psicológicos, interpessoal e social.

Neste estudo, o ser humano a ser focalizado é a mulher⁸ no aleitamento materno, que é visualizada como um ser da espécie mamífera, que se distingue, como todo ser humano de outros seres vivos, pela sua capacidade de reflexão, expressão e criatividade e que através da consciência e da razão, mantém íntima relação com o meio ambiente, formando juntos um todo integrado. É um ser que funcionando biológica, simbólica e socialmente, tem uma história de vida singular que precisa ser respeitada e possui uma inata necessidade para desenvolver ações de auto-cuidado para manter a vida, a saúde e o bem estar.

Com uma dimensão específica que é a de nutriz, a mulher no aleitamento materno é também visualizada como um ser que, em determinado estágio de desenvolvimento (ciclo gravídico-puerperal), decide deliberadamente assumir a função psico-biológica de amamentar seu filho, estando esta decisão condicionada a fatores internos e externos. O ato de amamentar envolve a mulher como um todo (dimensão física, psicológica, cognitiva, social e cultural), não se restringindo esta ação ao simples oferecimento do seio ao filho. Dada a condição materna e os respectivos papéis sociais que lhe são atribuídos em nossa sociedade, a mulher

8. O termo mulher é aqui utilizado tanto para referir-se à identidade biológica, sexual do "ser mulher", que no caso é o da fêmea (aquela menstrua, gesta e amamenta), como também para referir-se à identidade de gênero, ou seja, aquela utilizada na construção social do sexo, aos papéis e valores que o constituem em dado momento histórico, em uma sociedade particular, englobando o sexo biológico (FRANCHETTO et alii, 1981).

constitui-se ainda em um elemento ativo e responsável no cuidado e socialização de seus filhos assumindo nestas situações a função de agente de cuidado dependente.

MEIO AMBIENTE

No modelo teórico de proposto por OREM, o meio ambiente como um conceito separado tem sido considerado como relativamente insignificante (JOHNSTON, 1983). Tal interpretação depende-se do fato de ser este considerado um sub-conceito de ser humano, já que para a teórica o ser humano e meio ambiente estão intimamente ligados formando um sistema integrado relacionado ao auto-cuidado. Dentro desta teoria meio-ambiente e ser humano são identificados como uma unidade caracterizada por trocas humanas-ambientais e pelo impacto que uma exerce sobre a outra. As alterações ou influências em qualquer um dos componentes do sistema (ser humano/meio ambiente), podem afetar o funcionamento do indivíduo no desempenho das atividades de auto-cuidado (OREM, 1971, 1980, 1985). O meio ambiente segundo OREM é controlado pelo ser humano através da utilização de tecnologias, a fim de satisfazer suas necessidades. Cabe ao ser humano portanto, escolher o curso de ação que ele julga ser benéfico para o seu próprio funcionamento e promover a integração com o meio ambiente (OREM, 1971).

Na prática do aleitamento materno, meio ambiente e mulher estão intimamente ligados formando juntos um sistema integrado, dinâmico e recíproco em relação ao auto-cuidado. Embora

OREM não explicita os componentes do conceito de meio-ambiente, para a situação específica da assistência de enfermagem à mulher no aleitamento materno, o meio ambiente refere-se ao conjunto de elementos que constituem o meio físico, geográfico e o contexto sócio-cultural onde a mulher está inserida. O meio físico e geográfico inclui componentes bióticos (flora e fauna) e abióticos (solo, ar, água, luz, temperatura, sais minerais, energia e demais elementos da superfície terrestre e do universo). O contexto sócio-cultural é representado pelo conjunto de sistemas social, cultural, econômico, político e religioso em um dado momento histórico e em uma determinada sociedade. Assim, o meio físico e geográfico da mulher no aleitamento materno compreende todos os espaços físicos possíveis de serem ocupados pela mesma no período de acompanhamento deste estudo, ou seja: dependências físicas da maternidade (unidades de internação, Banco de Leite Humano e CIAM) e os locais/áreas onde a mesma reside e ou trabalha. O contexto sócio-cultural da mulher no aleitamento materno inclui todos os elementos dos sistemas que integram o seu circuito de relações sociais na suas várias dimensões ou seja, a família, os amigos, os vizinhos, as instituições e profissionais de saúde, a comunidade/sociedade da qual faz parte, entre outros.

SOCIEDADE/COMUNIDADE

O conceito de sociedade/comunidade é explicado por OREM (1971) como um grupo de pessoas que vivem juntas numa mesma

área, cidade ou distrito sob as mesmas leis. Este grupo, segundo OREM, constituído de indivíduos e famílias, compartilham não somente uma área e ambientes comuns, mas também de interesses comuns nas instituições que governam e regulam seus processos de vida. A teórica acrescenta ainda que as comunidades variam de tamanho e características dependendo da localização geográfica e climática, desenvolvimento industrial e as oportunidades de trabalho e ocupação. Certas características como costumes, regime e formas de comportamento poderão também variar de comunidade de seus membros (OREM,1971).

Para OREM (1985, P. 55), "as sociedades especificam as condições que as fazem legítimas para que seus membros procurem vários serviços humanos necessários às atividades de auto-cuidado." Em relação à força e a eficácia da enfermagem como um serviço na comunidade, OREM (1985), acredita que depende dos valores da comunidade. Entre os deveres sociais dos enfermeiros OREM (1985), enfatiza que os mesmos focalizam-se na manutenção do auto-cuidado.

O aleitamento materno, longe de se constituir em um fenômeno puramente biológico, circunscreve-se em um esquema amplo de representações, cujo sistema de códigos, articulado e estruturado ideologicamente, apresenta-se indissociável das concepções correntes de maternidade, paternidade, mulher, criança, homem e família. Isto implica que sua prática, sendo cultural e socialmente determinada, está revestida de crenças, costumes, valores e tradições que caracterizam a sociedade/comunidade a qual a mulher está inserida. Para obter êxito em suas orienta-

cões e ações para a promoção e manutenção do auto-cuidado, a enfermagem deverá considerar os valores da sociedade comunidade a qual a mulher pertence uma vez que estes vão influenciar as ações de auto-cuidado no aleitamento materno.

AUTO-CUIDADO

é conceituado por OREM (1971, p. 19, 1980, p. 35 e 1985, p.84) como "a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem estar". Segundo OREM (1980), auto-cuidado consiste no cuidado desempenhado pela própria pessoa para si mesma quando ela atinge um estado de maturidade que a torna capaz de realizar uma ação propositada, consistente, controlada e eficaz" (p.32). OREM (1985, p.84), afirma ainda que o auto-cuidado consiste em uma contribuição contínua do adulto para a manutenção de sua existência, saúde e bem estar. É uma ação que possui propósito, padrão e sequência e que quando efetivamente desempenhada contribui de maneira específica para a integridade estrutural, funcional e desenvolvimento humano. Para OREM (1985), auto-cuidado é empenho humano, comportamento aprendido que possui características de ação deliberada. É produzido conforme os indivíduos se envolvem na ação para cuidarem de si próprios, para regularem seu próprio funcionamento e desenvolvimento interno, influenciando fatores internos e externos). NEVES (1987), em suas reflexões acerca do conceito auto-cuidado de OREM, acrescenta que "auto-cuidado à saúde representa muito mais do que a capacidade

do indivíduo de fazer "coisas" por si mesmo (...) auto-cuidado é o comportamento que a pessoa deliberada, responsável e eficazmente desempenha em seu próprio benefício para assegurar a vida, manter e promover a saúde" (p.235).

Os propósitos a serem alcançados através de ações denominadas auto-cuidado são designados por OREM (1985), de requisitos de auto-cuidado. Três tipos de requisitos de auto-cuidado são identificados pela teorista (ver Anexo I):

1. Os requisitos de auto-cuidado universais que são comuns a todos os seres humanos durante os estágios do ciclo vital, ajustados à idade, estado de desenvolvimento, fatores ambientais e outros fatores;

2. Os requisitos de auto-cuidado relativos ao desenvolvimento dos indivíduos, que estão associados com processos desenvolvimentais humanos e com condições e eventos que ocorram durante vários estágios do ciclo vital (por exemplo, gestação, nascimento de um filho, lactação), e eventos que possam afetar adversamente o desenvolvimento;

3. Os requisitos de auto-cuidado relativos aos desvios de saúde, que estão associados com defeitos genéticos, constitucionais e desvios estruturais e funcionais humanos, com os seus efeitos e com medidas de diagnóstico e tratamento médico" (OREM, 1985, p. 90 e 95).

Auto-cuidado da mulher no aleitamento materno refere-se à prática de ações que as mulheres deliberada, responsável e eficazmente iniciam e executam por si e para si mesmas, para além de manter a vida, a saúde e o bem estar, promover e manter

a lactação por um período mínimo desejável. A amamentação, fenômeno natural que ocorre como última etapa do ciclo gravídico-puerperal, além de requerer ações de auto-cuidado universais (oxigenação, hidratação, alimentação, eliminação/excreção, equilíbrio entre atividade e repouso, recolhimento e interação social, prevenção de ameaças à vida, ao funcionamento e desenvolvimento dentro dos grupos sociais) requer ações específicas de auto-cuidado relativos aos processos de desenvolvimento (gestação, parto, puerpério, lactação), podendo na presença de alterações da estrutura, funcionamento ou desenvolvimento da mulher enquanto um ser integral, requerer ações de auto cuidado relativos aos desvios de saúde.

DEMANDA TERAPÊUTICA DO AUTO CUIDADO (THERAPEUTIC SELF CARE DEMAND)

Consiste na "totalidade das ações de auto-cuidado requeridas pelo indivíduo em determinado período de modo a satisfazer os requisitos de auto-cuidado" (OREM, 1980, p. 39, 1985, p. 89). De acordo com OREM (1985), a demanda terapêutica do auto-cuidado só poderá ser conhecida se for calculada. Este cálculo envolve um conjunto de operações que vão desde a particularização de cada requisito de auto-cuidado (universal, desenvolvimental e de desvio e saúde), até a formulação de um plano total para o desenvolvimento de ações de auto-cuidado (Ver Quadro V). A demanda terapêutica do auto-cuidado, portanto, constitui em essência, na prescrição de ações contínuas de auto-cuidado,

através do qual os requisitos de auto-cuidado identificados podem ser satisfeitos dentro de certo grau de efetividade (OREM, 1980, p. 39-40, 1985, p.89).

A demanda terapêutica do auto-cuidado da mulher no aleitamento materno refere-se à totalidade das ações a serem desempenhadas durante o período de lactação de modo a satisfazer seus requisitos de auto-cuidado. Estas ações podem estar voltadas à promoção do aleitamento materno, através da utilização de medidas adequadas de incentivo a esta prática (legais, sociais, políticas, institucionais, etc), à prevenção de problemas e obstáculos que impeçam ou dificultem a amamentação e à recuperação e reabilitação das alterações anormais ocorridas na lactação. As mesmas serão desempenhadas com o propósito de satisfazer os requisitos de auto-cuidado universais que são comuns a todos os indivíduos (oxigenação, hidratação, alimentação, equilíbrio entre atividade e repouso, etc), os requisitos desenvolvimentais (específicos à mulher durante a gestação, parto, puerpério e lactação) e os requisitos de auto-cuidado referentes aos desvios de saúde (quando na presença de alterações ou desvios estruturais e funcionais da mulher enquanto um ser integral).

QUADRO V - OPERAÇÕES PARA O CÁLCULO DA DEMANDA TERAPÊUTICA DO
AUTO-CUIDADO - OREM, 1985, p. 100.

OPERAÇÕES

1. Particularização de cada requisito de auto-cuidado universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde existentes, emergentes ou projetados;
 2. Identificação dos fatores internos ou externos que afetarão a maneira pela qual cada requisito de auto-cuidado pode ser satisfeito e que irão condicionar a seleção de métodos para satisfazê-los;
 3. Identificação de interrelacionamentos entre os requisitos de auto-cuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde;
 4. Determinação de como os métodos selecionados para satisfazer requisitos específicos de auto-cuidado afetarão o atendimento de outros requisitos de auto-cuidado;
 5. Idealizar os cursos de ação através dos quais os requisitos particulares de auto-cuidado universal serão satisfeitos em relação aos cursos de ação para satisfazer requisitos desenvolvimentais e de desvios de saúde;
 6. Formulação de um plano total para ação de auto-cuidado que seja válida por uma duração específica, incluindo pontos de articulação com elementos de sistemas mais abrangentes de vida diária.
-

COMPETÊNCIA DO INDIVÍDUO PARA O AUTO-CUIDADO (SELF CARE AGENCY)

é a terminologia utilizada para referir-se ao "poder, a competência ou potencial do indivíduo para se engajar no auto-cuidado (...); é um símbolo para uma característica humana, uma capacidade para uma forma de ação que começa a se desenvolver na infância, atinge um grau de perfeição como adulto e declina com o avançar da idade. A mesma é usada no sentido de um meio (um instrumento), para exercer poder, uma habilidade" (OREM, 1980, p.83, NDCG⁹, 1979, p. 181). Tal habilidade é complexa e "é adquirida para satisfazer as necessidades continuadas de uma pessoa no que toca ao cuidado que regula os processos de vida, mantém ou promove o bem estar" (OREM, 1985, p. 105). A mesma desenvolve-se no transcurso da vida, dia a dia, através de um processo espontâneo de aprendizagem. Seu desenvolvimento pode ser estimulado pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros e pela experiência adquirida na execução de medidas de auto-cuidado (OREM, 1985, p. 106). Segundo OREM (1985), a competência para o auto-cuidado pode variar de acordo com o desenvolvimento do indivíduo da infância à velhice; o estado de saúde, os fatores que influenciam a educabilidade, as experiências de vida, conforme estas experiências capacitam a aprendizagem, às exposições a influências culturais e à utilização de recursos no viver diário.

9. Neste estudo, sempre que for mencionada a sigla NDCG, estarei me referindo aos trabalhos do NURSING DEVELOPMENT CONFERENCE GROUP Concept formalization in nursing: process and product. Boston, Little Brown and Company, 1979.

O "agency" é concebido por OREM (1985), como possuindo forma e conteúdo. Em relação à primeira, o mesmo é conceituado como assumindo a forma de um conjunto de componentes ou habilidades que conduzem a ação deliberada: habilidade para (a) atender a coisas específicas (incluindo a habilidade para excluir outras coisas) e compreender suas características e seus significados; (b) compreender a necessidade de modificar ou regular as coisas observadas; (c) adquirir conhecimento sobre os cursos de ação apropriados para esta regulação; (d) decidir o que fazer; (e) agir para obter a mudança ou regulação. Estas habilidades são descritas em termos de desenvolvimento, operacionalidade e adequabilidade. O desenvolvimento e a operacionalidade referem-se aos tipos de operações de auto-cuidado que os indivíduos podem consistentemente e efetivamente desempenhar. As mesmas podem ser afetadas por fatores genéticos e constitucionais, bem como pela cultura, experiência de vida e estado de saúde; a adequabilidade, por sua vez, refere-se à relação entre a qualidade (tipo) e a quantidade de operações que os indivíduos são capazes de se envolver em relação as operações requeridas para satisfazer os requisitos terapêuticos de auto-cuidado, existentes ou projetados. A determinação da adequabilidade da competência para o auto-cuidado é fundamental para que se possa identificar a presença ou ausência de déficits de auto-cuidado. O conteúdo do "agency" deriva do seu objeto apropriado, a satisfação dos requisitos de auto-cuidado, quaisquer que sejam estes requisitos em momentos específicos (OREM, 1985, p. 106-107).

Para os membros do NDCG (1979), o constructo conceitual denominado competência para o auto-cuidado, inclui três elementos conceituais amplos que são: (a) poder ou capacidade do indivíduo para engajar-se no auto-cuidado; (b) operações estimativas de auto-cuidado e (c) operações produtivas de auto-cuidado. As operações estimativas consistem em sistemas de ação desempenhadas com a meta de determinar o que deve ser feito em relação ao auto-cuidado, enquanto que as operações produtivas são desempenhadas com a meta de satisfazer requerimentos existentes e conhecidos de auto-cuidado com suas orientações regulatórias usando tecnologias apropriadas.

Os três elementos articulam-se de forma dinâmica e interrelacionada sendo que os dois últimos, que especificam os tipos de ação, vão tornar o primeiro elemento em um poder específico. O termo operação é usado no sentido de processo ou sistema de ação.

Como resultado do processo interativo entre teoria e pesquisa, onde foram e estão sendo desenvolvidos estudos com o objetivo de clarificar o conceito de competência para o auto-cuidado, através de sua operacionalização, têm sido identificados e descritos componentes do referido conceito. Os mesmos foram categorizados em componentes físicos, cognitivos, afetivos ou motivacionais e sócio-ambientais (BACKSCHEIDER, 1974, KEARNEY & FLEISHER, 1979, NEVES, 1980, DENYES, 1980, GAST, 1983, ISENBERG, 1986) GAST et alli (1989) E ALVAREZ (1990). Na prática do aleitamento materno a competência da mulher para o auto-cuidado refere-se ao poder, à capacidade ou potencial que a mesma possui

(desenvolvida ou em desenvolvimento) para se engajar em operações de auto-cuidado, a fim de satisfazer suas necessidades continuadas de auto cuidado, de forma a regular seus processos de vida, manter ou promover sua estrutura, o seu funcionamento e desenvolvimento como ser humano integral e promover seu bem estar. Este poder está relacionado com o estágio de desenvolvimento físico da mulher, podendo variar de acordo com sua idade, educabilidade, estado de saúde e a de seu filho, valores culturais e experiências que possui em relação à prática do aleitamento materno, sua motivação para amamentar, seu padrão individual para responder a estímulos internos e externos, bem como na utilização de recursos na prática do seu dia a dia. No presente estudo esta capacidade é representada por um conjunto de componentes - físicos, cognitivos, afetivos e ambientais -, os quais embora categorizados distintamente se apresentam articulados de forma dinâmica, interdependente e interrelacionada. Os componentes físicos estão relacionados às capacidades físicas da mulher para poder se engajar em operações de auto-cuidado. Entre estes componentes, os específicos para a situação concreta da mulher no aleitamento materno incluem: destreza manual, coordenação motora, acuidade visual e auditiva, tato, locomoção, energia física, ausência de doenças e situações que contraindiquem o aleitamento materno (hepatite B, tuberculose bacilífera ativa, AIDS), condições estruturais e funcionais da glândula mamária compatíveis com a amamentação e estado nutricional adequado. Os componentes cognitivos da competência da mulher para o auto-cuidado no aleitamento materno, por sua vez, estão relacionados com a

capacidade intelectual/mental da mesma para identificar a demanda terapêutica do auto-cuidado, buscar recursos, julgar e decidir sobre o curso de ação a ser seguido para o atendimento dos requisitos de auto-cuidado, sejam eles universais, desenvolvimentais ou de desvio de saúde. Os mesmos incluem: capacidade para memorizar e manter atenção, capacidade para julgar certas situações, capacidade para conceptualizar um sistema de ações e capacidade para agir com base em julgamentos anteriores. Os componentes afetivos da competência da mulher para o autocuidado no aleitamento materno estão relacionados com os aspectos motivacionais da mesma para se engajar em ações de auto-cuidado no aleitamento materno. Tais componentes incluem: auto-estima, auto-valorização, auto-conhecimento, controle emocional, vontade para se engajar em operações de auto-cuidado, aceitação do filho, desejo de amamentar. E finalmente, os componentes ambientais, que estão representados pelos elementos que constituem o meio-ambiente no presente estudo, já explicitados anteriormente.

APRENDIZAGEM

Para OREM (1985) a aprendizagem e o uso de conhecimento orientados interna e externamente se constituem em elementos centrais na sequência de ações de auto-cuidado. O processo de aprendizagem segundo OREM (1985), inclui o desenvolvimento gradual do indivíduo de um repertório de práticas de auto-cuidado e habilidades relacionadas. Este processo pode ser uma questão de absorção decorrente da observação de um paciente frente a uma

enfermeira competente que lhe presta cuidados, ou também através de experiências de aprendizagem específicas e planejadas tais como a leitura, a discussão e a resolução de problemas. Este conceito é aplicável tanto aos pacientes no sistema de auto-cuidado, quanto às enfermeiras nos sistemas de enfermagem (NDCG, 1979).

Na prática do aleitamento materno a mulher para desenvolver ações de auto-cuidado requer aprendizagem. A mesma se constitui em um processo ativo e está relacionada a um conjunto de conhecimentos, práticas e habilidades específicas ao atendimento dos requisitos de auto-cuidado (universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde) necessários para a manutenção da vida, saúde e bem estar.

Além dos aspectos cognitivos e psico-motores, a aprendizagem da mulher no aleitamento materno envolve também aspectos afetivos onde a motivação e o interesse em aprender se constituem em elementos "chave" neste processo.

ENFERMAGEM

De acordo com OREM (1985, p.55 e 1980, p.7) a condição que justifica a existência da enfermagem para o indivíduo adulto é "a ausência da capacidade de manter continuamente aquela quantidade e qualidade de auto-cuidado que é terapêutica na manutenção da vida e da saúde, na recuperação da doença ou dano ou na maneira de enfrentar seus efeitos. Para a criança a condição de existência da enfermagem decorre da inabilidade dos pais e res-

ponsáveis em mater continuamente para a criança aquela quantidade e qualidade de cuidado que é terapêutica".

Segundo a visão da teórica, a enfermagem é "serviço, arte e tecnologia". Como serviço a enfermagem refere-se a maneira de ajudar aos seres humanos através do desempenho de ações deliberadamente selecionadas e desempenhadas pela enfermeira para ajudar indivíduos e grupos sob seus cuidados a manter ou mudar as condições em si mesmos ou em seus meios ambientes. Estas ações podem ser desempenhadas pelos próprios indivíduos sob orientação da enfermeira ou pela enfermeira quando a pessoa tem limitações que não podem ser imediatamente suplantadas. Esta forma de relação de ajuda enfermeira/cliente é contratual.

Como arte, a enfermagem consiste "na habilidade em assistir outros no planejamento, provisão e gerência dos sistemas de auto-cuidado para desenvolver ou manter o funcionamento humano num certo nível de efetividade" (OREM, 1971, p. 69). Arte implica em qualidade, a qual é inerente às enfermeiras, permitindo-lhes atuar fazendo investigações criativas, análise e síntese das variáveis e fatores condicionais dentro das situações de enfermagem, de maneira a trabalhar para a obtenção de certos objetivos, dentro de um sistema efetivo de assistência de enfermagem a indivíduos ou grupos" (OREM, 1971, p. 69, 1980, p. 89 e 1985, p. 144).

Como tecnologia a enfermagem refere-se ao conjunto de informações sistematizadas sobre o processo ou o método para obtenção de resultados desejados através de um empenho prático deliberado com ou sem o uso de materiais e instrumentos (OREM,

1971, p. 3 e 1980, p. 90). De acordo com a teórica, as enfermeiras podem utilizar diferentes tipos de tecnologias às quais foram agrupadas em duas categorias: as tecnologias necessárias para as relações interpessoal e social e as tecnologias reguladoras. As tecnologias interpessoal e social incluem a) a comunicação ajustada de acordo com a idade e estado de desenvolvimento, o estado de saúde e a orientação sócio-cultural; b) a coordenação de esforços através das relações interpessoais, intra-grupo e intergrupo; c) a relação terapêutica como a maneira psicossocial de funcionar na saúde e doença; d) assistência humana adaptada às necessidades humanas, habilidades para a ação e limitações. As tecnologias reguladoras incluem: a) manutenção e promoção dos processos vitais; b) regulação dos modos psicofisiológicos de funcionamento na saúde e na doença; c) promoção do funcionamento e desenvolvimento humano e regulação da posição e movimento no espaço (OREM, 1985, p. 146 e 1980, pp. 90-92).

É importante considerar ainda que o cuidado de enfermagem na forma como o concebe OREM, pode ser contínuo ou periódico e possui tanto as dimensões de saúde como de doença, isto é, inclui o atendimento primário, secundário e terciário de saúde.

No aleitamento materno a enfermagem será útil quando a mulher apresentar déficits de competência para manter continuamente a quantidade e qualidade de auto-cuidado para a promoção e manutenção do processo de lactação. Nesta situação a enfermagem será visualizada como serviço, arte e tecnologia.

Como serviço, a enfermagem refere-se a forma de ajudar as mulheres na promoção e manutenção da lactação por um período mínimo desejável (6 meses), através de uma efetiva relação interpessoal. Os objetivos a serem alcançados através desta relação, devem estar claros para a profissional e cliente e isto deverá ser facilitado mediante uma relação contratual onde ambas se comprometem a trabalhar juntas.

Como arte, a enfermagem na prática do aleitamento materno, refere-se a habilidade apresentada pelo enfermeiro(a) em assistir a mulher através de ações de planejamento, provisão e gerenciamento dos sistemas de auto-cuidado, com o objetivo de desenvolver e/ou manter o funcionamento integral da mesma num certo nível de efetividade, tornando-a também capaz de desenvolver ações de auto-cuidado no aleitamento materno. Isto requer do enfermeiro(a) qualidade, exigindo-lhe conhecimento profundo das variáveis e fatores que influenciam a mulher nesta prática, para que através de investigações criativas, análise e síntese, possa realmente dirigir esforços para a obtenção de resultados efetivos na promoção do aleitamento materno.

Como tecnologia, a enfermagem na prática do aleitamento materno, refere-se ao conjunto de informações sistematizadas direcionadas à mulher sobre o processo de lactação para que a mesma obtenha sucesso através de ações efetivas. Estas informações incluem os diferentes aspectos que permeiam esta prática, ou seja: importância e vantagens do aleitamento materno, aspectos nutricionais, bioquímicos e imunológicos do leite humano, aspectos psicobiológicos da lactação (anatomia da glândula mamá-

ria, fisiologia da lactação, fatores que interferem na produção láctea, cuidados profiláticos e terapêuticos com as mamas durante a amamentação, técnica de amamentação), fatores sócio-culturais que interferem na prática do aleitamento, entre outros. Neste sentido, de acordo com OREM, na prática do aleitamento serão utilizadas as tecnologias interpessoal e social e as tecnologias reguladoras.

COMPETÊNCIA OU PODER DA ENFERMAGEM PARA AGENCIAR O AUTO-CUIDADO

Refere-se à capacidade ou potencial que a enfermagem tem para desempenhar ações de auto-cuidado para, pelo e com o indivíduo. A competência de enfermagem, segundo OREM (1985, p. 143), "é análoga a competência de auto-cuidado, no sentido de que ambas são habilidades para tipos especializados de ação deliberada. Diferem no sentido de que a competência de enfermagem é desenvolvida e exercida para o benefício e bem estar de outros e a competência do indivíduo para o auto-cuidado é desenvolvida e exercida para o benefício e bem estar da própria pessoa". Os componentes e indicadores deste conceito incluem conhecimento de enfermagem, experiência, domínio de operações (procedimentos) da prática de enfermagem, repertório de habilidades sociais, interpessoais e de enfermagem e ainda, motivação e desejo de cuidar (OREM, 1985, p. 144).

Embora o auto-cuidado seja inerente a cada indivíduo, OREM (1985) identifica situações nas quais a enfermeira assume o papel de agente de auto-cuidado para aqueles indivíduos que es-

tão total ou parcialmente incapazes de desempenhar auto-cuidado. Existem situações nas quais a enfermeira proporciona orientação (guia) e suporte (apoio) aos indivíduos a fim de ajudá-los a adquirir competência adicional de auto-cuidado.

Assim sendo OREM (1980, pp. 96 - 101 e 1985, pp. 152 - 159) estabelece três tipos de sistemas de enfermagem relacionados com a dinâmica do auto-cuidado. Estes sistemas se referem como determinar os déficits dos indivíduos para atendimento da demanda terapêutica do auto-cuidado. São eles:

- 1) Sistema de compensação total quando o indivíduo está totalmente incapacitado para atender suas necessidades de auto-cuidado;
- 2) Sistema de compensação parcial quando o cliente apresenta algumas dificuldades de competência para atender suas necessidades de auto-cuidado;
- 3) Sistema de suporte educativo quando o cliente necessita da assistência de enfermagem para adquirir habilidade, poder decisório e comportamento de controle em relação às necessidades de auto-cuidado.

A determinação de sistemas de assistência de enfermagem relacionados ao auto-cuidado indica que espécie de métodos o profissional de enfermagem deve utilizar para instituir e manter a assistência ao cliente. Com base nesta determinação a enfermeira poderá intervir através de ações deliberadas e sistematizadas junto ao cliente procurando estimular seus potenciais já existentes para a prática do auto-cuidado, utilizando métodos de

ajuda adequados, planejando a assistência de enfermagem e prescrevendo cuidados ou seja, utilizando o processo de enfermagem (diagnóstico e prescrição, planejamento, implementação e avaliação) OREM (1985, p.31).

Deste modo o profissional intervém no auto-cuidado como regulador do sistema, fazendo pelo cliente aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ou ensinando, orientando e promovendo o desenvolvimento das suas capacidades para o auto-cuidado.

Na prática do aleitamento materno a competência ou poder da enfermagem refere-se à capacidade ou potencial que a enfermagem tem para desempenhar ações de auto-cuidado para, pela e com a mulher no aleitamento materno. Esta capacidade requer do profissional um conjunto de habilidades e conhecimentos específicos à amamentação ou seja, importância e vantagens do aleitamento materno, composição bioquímica, nutricional e imunológica do leite humano, estrutura funcionamento da glândula mamária feminina, técnica da amamentação, fatores (internos e externos) que influenciam à mulher no aleitamento, cuidados profiláticos e terapêuticos frente aos problemas comuns à amamentação (trauma e fissura mamilar, engurgitamento mamário, hipogalactia, mastite).

Dada a complexidade dos fatores que atuam na prática do aleitamento materno e a diversidade de situações vivenciadas pelas mulheres nesta prática, a experiência de enfermagem na área e o domínio de procedimentos relativos ao processo da amamentação (ordenha de leite, estimulação/inibição da lactação, cuidados profiláticos e terapêuticos frente aos problemas comuns da amamentação etc.) também se constituem em elementos indispen-

sáveis para a competência do profissional no aleitamento materno. Esta competência requer também do profissional um repertório de habilidades sociais e interpessoais, em especial à comunicação, sem a qual o enfermeiro(a) sequer conseguirá estabelecer uma relação contratual. Entre estes componentes da competência de enfermagem no aleitamento materno destaca ainda a motivação do profissional em estimular esta prática, bem como o desejo de prestar assistência de enfermagem às mulheres nesta situação.

SAÚDE

A saúde é descrita como "um estado de totalidade ou integridade do ser humano como indivíduo, suas partes e seu modo de funcionamento" (OREM 1971, p. 42, 1980, pp 118-119, 1985, p. 173). Este conceito inclui aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, os quais são considerados por OREM (1985) como inseparáveis do indivíduo. Para OREM (1985) o conceito de saúde implica também na integridade estrutural e funcional do ser humano dirigindo-se a níveis cada vez mais altos de integração entre mecanismos biológicos, psicológicos, interpessoais e sociais. Saúde, portanto, consiste na capacidade do ser humano de viver seu potencial máximo./Já que o auto-cuidado contribui de modo específico para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano, a saúde como um estado de totalidade ou integridade é um resultado ou objetivo do auto-cuidado (FREY & DENYES, 1989).

Para a situação concreta da mulher que amamenta, ter saúde consiste em alcançar e manter um estado de totalidade e integridade enquanto ser humano dirigindo-se a níveis cada vez mais altos de integração entre mecanismos biológicos, psicológicos, interpessoais e sociais. Este estado pode ser alcançado através de ações efetivas e contínuas de auto-cuidado.

DOENÇA

Embora OREM (1971, 1980 e 1985) não explicita o conceito de doença a mesma considera que qualquer alteração da estrutura normal ou funcionamento constitui-se em ausência de saúde no sentido de totalidade ou integridade do ser humano. Tais alterações, que podem estar relacionadas com os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, quando presentes determinam no indivíduo um estado de desvio de saúde, exigindo o atendimento de requisitos específicos de auto-cuidado.

O aleitamento materno embora seja um fenômeno biológico, natural, presente no ciclo gravídico-puerperal, está sujeito a influências que poderão acarretar alterações na mulher (seja no aspecto físico, psicológico, interpessoal e social) levando a mesma a um estado de desvio de saúde, requerendo assim o atendimento de requisitos específicos de auto-cuidado.

Sintetizando o exposto apresento a seguir sob a forma de representação esquemática o relacionamento dos elementos conceituais da Teoria do Auto-Cuidado de Drem (1985) adaptados à situação da mulher na prática do aleitamento materno (Fig. 01)

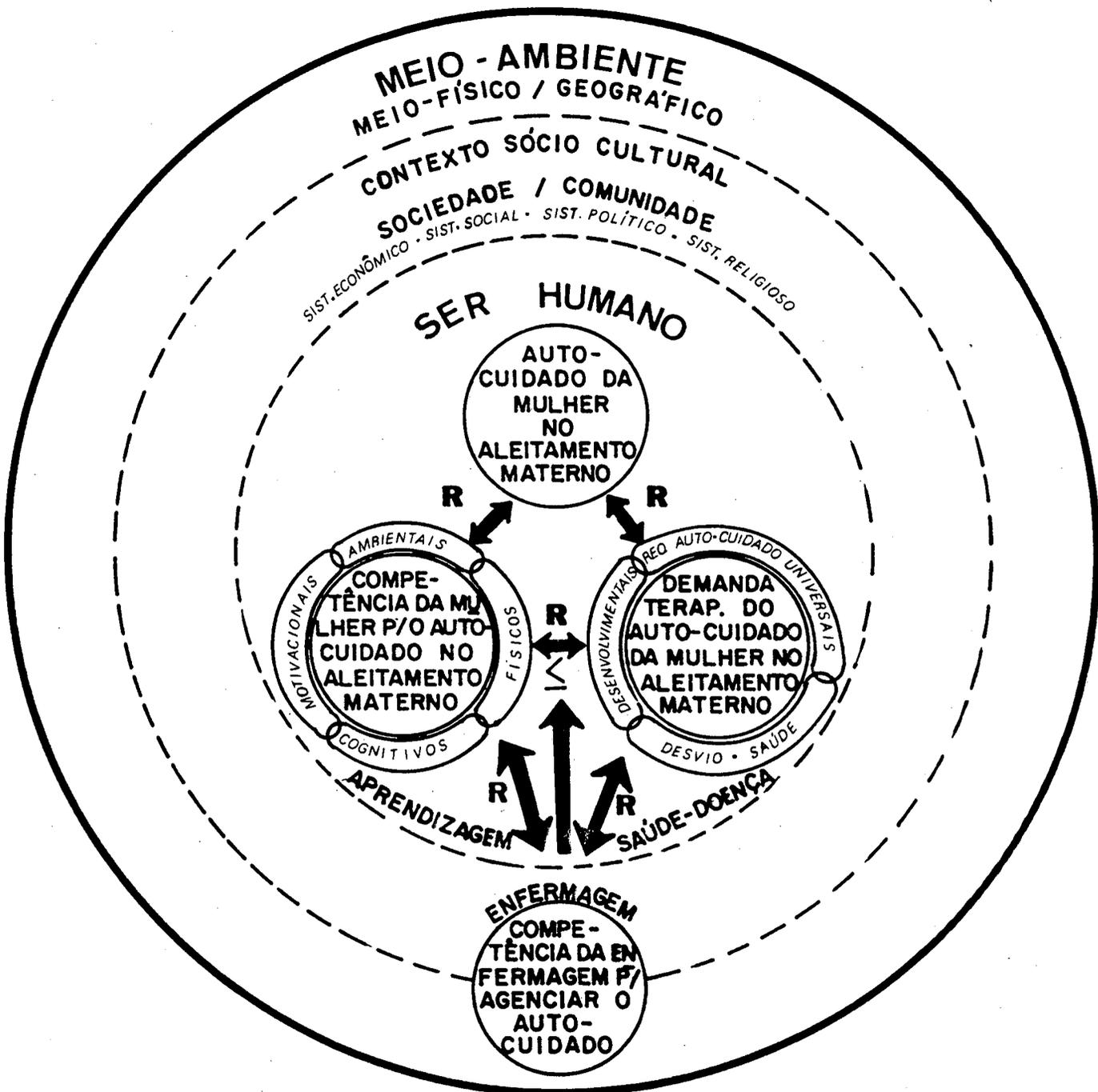


Fig. 01 - Relacionamento dos elementos conceituais de Drem (1985) adaptados à situação da mulher na prática do aleitamento materno.

R = relação; $\lt;$ menor deficiência de relação existente ou prevista entre demanda terapêutica do auto-cuidado da mulher no aleitamento materno e a competência da mulher para o auto-cuidado no aleitamento materno.

CAPÍTULO IV

PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO OREM

Para operacionalizar o marco conceitual descrito no capítulo anterior, utilizei o processo de enfermagem na forma como é preconizado por OREM (1980, 1985). No presente capítulo, apresento a estrutura do processo de enfermagem com suas diferentes fases e etapas segundo a referida teórica.

OREM (1985, p. 222) ao tecer considerações teóricas acerca do processo de enfermagem, parte da premissa de que a enfermagem é mais que uma simples combinação de todas as atividades que uma enfermeira desempenha em benefício de uma pessoa sob seus cuidados. Neste sentido, ressalta que, somente as atividades conscienciosamente selecionadas e dirigidas pela enfermeira de modo a atingir objetivos dentro de uma situação de cuidado à saúde é que poderão ser consideradas como de responsabilidade da enfermagem. Com base nisso, a teórica sustenta que os resultados alcançados pelas enfermeiras através de suas ações trazem benefícios aos clientes na medida em que (1) consegue-se o auto-cuidado terapêutico do cliente; (2) as ações de enfermagem são úteis no sentido de direcionar o cliente para ações responsáveis em termos de auto-cuidado e (3) os membros da família do

cliente ou qualquer outra pessoa leiga que atenda o mesmo, torna-se progressivamente competente em tomar decisões, no cuidado diário e individualizado do cliente, ou em prover e dirigir o cuidado do cliente sob supervisão da enfermagem.

OREM (1985, p. 223) sustenta ainda que a informação sobre o porquê uma pessoa precisa do cuidado de enfermagem e o julgamento sobre a natureza e extensão da assistência necessária são as bases para projetar um sistema de enfermagem. Por outro lado, enfatiza que a projeção inicial pode requerer modificações ou revisões maiores, mas o instrumento que guia a enfermeira no todo, permanece.

Segundo OREM (1985, p. 223) um bom planejamento contempla também detalhes sobre o tempo e local das atividades e se constitui em um guia para manter (a) as ações desempenhadas pela enfermeira e cliente alinhados de acordo com os objetivos de enfermagem almejados e (b) a coordenação essencial entre enfermeira, cliente e outros sob a luz de papéis definidos para cada um, na situação de cuidado à saúde.

A projeção de um sistema de assistência de enfermagem e o planejamento de enfermagem a ser implementado resultam de esforços deliberados em identificar como o cliente pode ser efetivamente cuidado com algum grau de eficiência em determinados ambientes. O planejamento de enfermagem (ou algum detalhe do mesmo) é o ponto de partida para a fase prática do processo de enfermagem no qual o cliente (ou família) é assistido em termos de auto-cuidado, de modo a alcançar resultados identificados e descritos como saúde ou relacionados com a mesma. Esta fase, de

acordo com OREM (1985) também inclui: checar o que foi feito levando-se em conta o que foi especificado para ser feito, coletar evidências para descrever os resultados do cuidado e utilizar essas evidências para avaliar resultados alcançados frente aos resultados especificados (OREM, 1985, p. 223). Deste modo o processo de enfermagem na concepção de OREM (1985) consiste essencialmente em:

"Determinar porquê a pessoa precisa da enfermagem, projetar um sistema de assistência específica de enfermagem, prover e controlar a assistência de enfermagem (...)
(OREM, p.p 223-224).

Em grandes linhas, o processo de enfermagem segundo OREM (1985) é sustentado pela base teórica de que as ações a serem realizadas devem (a) estar em consonância com objetivos desejados; (b) considerar os fatores ambientais, tecnológicos e humanos para a obtenção destes objetivos; (c) ser desempenhadas de acordo com o planejamento, fazendo ajustes e revisões no planejamento à medida que as condições se alterem e (d) ser controladas para verificar se os objetivos estão ou não sendo alcançados.

Etapas do processo de enfermagem

A estrutura do processo de enfermagem de acordo com OREM (1980, 1985) contém diferentes etapas sendo que as mesmas compreendem duas fases: uma primeira denominada fase intelectual, que em linhas gerais consiste em três passos básicos. Em

primeiro lugar, na determinação inicial e contínua de porque uma pessoa deve estar sob cuidados de enfermagem considerando sua história e estilo de vida. Em segundo, na determinação de como esta pessoa pode ser ajudada pela enfermagem, ou seja, através da projeção de um sistema de enfermagem que efetivamente contribua para a obtenção de objetivos de saúde pelo indivíduo, através do auto-cuidado terapêutico e a aquisição de objetivos de ação tanto de auto-cuidado, como auto-cuidado dependente (para o cliente ou família). E em terceiro, no planejamento da assistência de enfermagem de acordo com o sistema projetado, incluindo especificações de papéis (do indivíduo e da enfermagem), recursos, coordenação de atividades pela enfermeira, indivíduos ou outros.

A segunda, denominada fase prática, inclui especificamente a iniciação, a condução e o controle das ações de assistência, visando (a) compensar as limitações de auto-cuidado do cliente, assegurando que o auto-cuidado fornecido seja terapêutico, e dar início a adaptação comportamental do cliente, diante das limitações existentes; (b) superar quando possível, as limitações de auto-cuidado do cliente e/ou de sua família, de modo que no futuro, a curto ou a longo prazo as ações de auto-cuidado terapêutico sejam efetivas; e (c) estimular e proteger as habilidades de auto-cuidado do cliente e prevenir o desenvolvimento de novas limitações de auto-cuidado (OREM, 1985 p. 224).

A estrutura do processo de enfermagem de OREM (1980, 1985) com suas diferentes fases e etapas podem ser representadas pelo esquema (Fig. 02) a seguir:

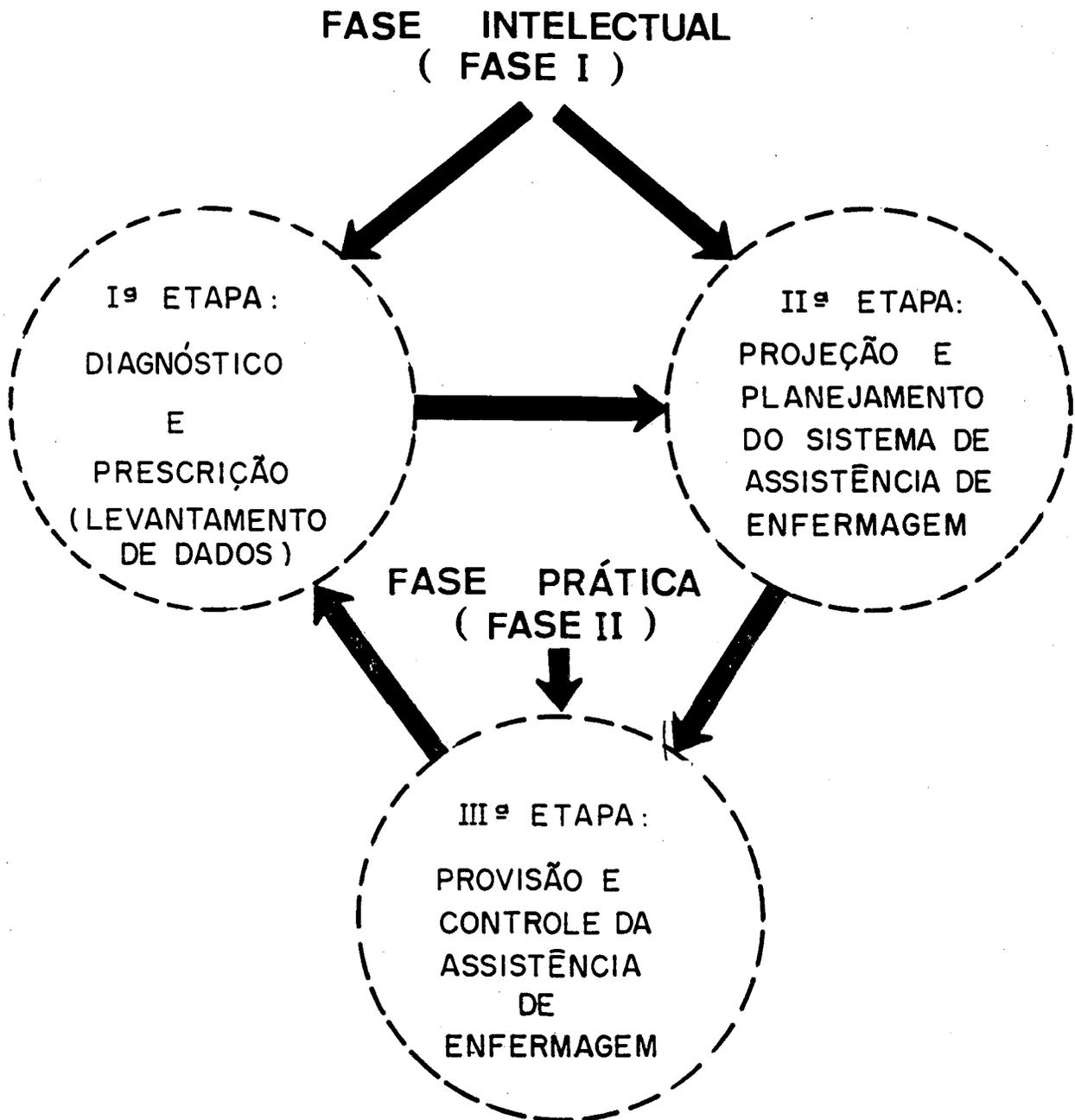


Fig. 02 - Representação esquemática da estrutura do processo de enfermagem baseado em DREM (1980,1985).

Dada a importância que atribuo ao conhecimento e à compreensão adequada das diferentes fases e etapas que compreendem o processo de enfermagem de OREM (1980,1985), passo a explicitá-las mais detalhadamente a seguir.

FASE INTELECTUAL

Iª ETAPA - Diagnóstico e Prescrição

A primeira etapa do processo de enfermagem está constituída de operações de diagnóstico e prescrição. O diagnóstico implica em uma operação investigativa que permite às enfermeiras fazerem avaliações e julgamentos quanto a situação existente em relação ao cuidado à saúde e tomar decisões sobre o que pode e o que deve ser feito (OREM 1980, p.205 e 1985, p.225). Nesta etapa OREM (1985) sugere que as enfermeiras busquem respostas para as seguintes questões:

1. Qual é a demanda terapêutica do auto-cuidado do paciente? Agora? Futuramente?
2. O paciente apresenta algum déficit para se engajar no auto-cuidado de modo a satisfazer a demanda terapêutica do auto-cuidado?
3. Se tem, qual a natureza e as razões para sua existência?
4. Deve o paciente ser impedido de se engajar no auto-cuidado ou deveria proteger capacidades de auto-cuidado já desenvolvidas para propósitos terapêuticos?

5. Qual é o potencial do paciente para se engajar nas ações de auto-cuidado em período futuro? Aumentar ou aprofundar o conhecimento do auto-cuidado? Aprender técnicas de auto-cuidado? É benéfica a vontade para se engajar no auto-cuidado? Incorporações de medidas efetivas de auto-cuidado incluindo novas no sistema de auto-cuidado e na vida diária? (OREM, 1985, p. 225).

De acordo com OREM (1985) tais questionamentos exigem que as enfermeiras busquem caminhos efetivos e meios seguros que garantam a obtenção de informações essenciais e determinem a qualidade e quantidade dos dados coletados. As operações de diagnóstico e prescrição segundo a teórica são concernentes à demanda terapêutica do auto-cuidado do cliente e à sua competência em satisfazê-la. As mesmas devem ser coordenadas com operações interpessoais e contratuais desenvolvidas com o cliente ou com pessoas que decidem e agem por ele (OREM, 1985 p. 226).

IIª ETAPA - Projeção e planejamento do sistema de assistência enfermagem

A segunda etapa do processo de enfermagem segundo OREM (1985) envolve a projeção e o planejamento de sistemas de enfermagem. Projetar um sistema de Enfermagem de acordo com a teórica, consiste essencialmente em um processo de seleção de alternativas válidas para a implementação da assistência de enferma-

gem à um cliente, tão logo seus requisitos e limitações de auto-cuidado sejam identificados e descritos. O mesmo envolve basicamente duas operações: uma primeira que é fazer ocorrer uma boa organização dos componentes da demanda terapêutica do auto-cuidado dos clientes e uma segunda, que consiste na combinação de maneiras de ajuda que deverão ser tanto efetivas quanto eficientes para compensar ou superar os déficits de auto-cuidado. Neste sentido OREM (1980, pp. 96-101 1985, pp.152-159) propõe três tipos de sistemas de enfermagem¹⁰ relacionados com a dinâmica do auto-cuidado: sistema de compensação total, sistema de compensação parcial e sistema de suporte educativo. Tais sistemas, portanto, são projetados a partir da identificação dos déficits de auto-cuidado apresentados pelos clientes para satisfazer a demanda terapêutica necessária para manter a vida, a saúde e o bem estar. Sua implementação (produção) envolve a seleção e aplicação de um ou mais métodos de assistência de enfermagem. Estes métodos incluem: (a) agir ou fazer por alguém, (b) encaminhar, (c) manter condições físicas e psicológicas (d) prover condições ambientais e (e) ensinar.

Para OREM (1985) a projeção dos sistemas de enfermagem é feita com os propósitos de: (1) criar um sistema de relacionamento entre os componentes da demanda terapêutica do auto-cuidado do cliente que irão resultar em uma boa regulação da condição de saúde e de desenvolvimento do mesmo; (2) especificar o momen-

10. Estes sistemas estão descritos no capítulo anterior na página 118.

to e a quantidade do contato entre enfermeira-cliente e as razões para tal contato e (3) identificar as contribuições da enfermeira e do cliente em satisfazer a demanda terapêutica do auto-cuidado, em fazer ajustes a esta demanda e regular o exercício ou o desenvolvimento da competência de auto-cuidado.

Segundo a teorista, a enfermeira utiliza dois tipos de conhecimento a fim de projetar sistemas válidos de enfermagem para os clientes: o conhecimento factual, que deriva do cliente ou está relacionado com ele. Neste particular são feitas descrições do mesmo a partir de uma perspectiva de enfermagem e incluindo informações detalhadas das habilidades e limitações que este cliente possui em relação ao auto-cuidado. Tais informações são adquiridas e organizadas através de atividades que foram descritas anteriormente na Iª etapa do processo de enfermagem. O outro tipo de conhecimento é geral e está relacionado com as informações acumuladas sobre os tipos de demanda terapêutica do auto-cuidado e sobre como as maneiras de auxiliar podem compensar ou superar limitações de auto-cuidado terapêutico.

O planejamento da assistência de enfermagem de acordo com o sistema projetado consiste na segunda parte da IIª etapa do processo de enfermagem. DREM (1985, p.236) considera que o mesmo consiste na passagem da projeção de sistemas de enfermagem, ou de partes de tais sistemas, para modos e meios de sua produção. Um plano determina a organização e o momento das tarefas essenciais a serem executadas; designa o desempenho da enfermeira ou do cliente e designa como os clientes serão auxiliados pelas enfermeiras no desempenho de tarefas. O planejamento

inclui as especificações do sistema de enfermagem propostas de tempo, lugar, condições ambientais, equipamentos e suprimentos requeridos para a produção do sistema.

IIIª ETAPA - Provisão e Controle da Assistência de Enfermagem

A terceira etapa do processo de enfermagem envolve a iniciação, a assistência e o controle do cuidado de enfermagem, baseado no sistema de assistência de enfermagem projetado e nos detalhes do plano de cuidados. Esta etapa que corresponde a fase prática do processo de enfermagem, constitui-se em um ciclo de assistir, checar, ajustar e avaliar as atividades desenvolvidas. Segundo OREM (1985, p.237) esta etapa é denominada de produção de cuidado para regular demandas terapêuticas de auto-cuidado e competência para o auto-cuidado. Para a teórica, sistemas regulatórios de enfermagem são produzidos quando as enfermeiras interagem com os clientes e agem consistentemente para satisfazer as demandas terapêuticas de auto-cuidado destes clientes para regular o exercício ou desenvolvimento de suas capacidades para se engajarem no auto-cuidado.

CAPÍTULO V

IMPLEMENTAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL NA PRÁTICA

Neste capítulo apresento inicialmente a metodologia de implementação do marco conceitual na prática assistencial, cuja operacionalização se deu através da aplicação do processo de enfermagem conforme descrito no capítulo anterior. Nesta primeira parte descrevo a caracterização do local onde o estudo foi desenvolvido, a população assistida, os períodos de desenvolvimento da prática assistencial, os procedimentos adotados para proteção dos direitos humanos e aspectos gerais referentes aos procedimentos de implementação do processo de enfermagem. Em uma segunda parte, apresento a caracterização do universo de mulheres assistidas de acordo com o marco conceitual elaborado seguido da descrição de um caso.

5.1. Metodologia

5.1.1. Aspectos Gerais

- Caracterização do local onde desenvolvi a prática assistencial: conforme projeto do presente trabalho a prática assisten-

cial foi desenvolvida inicialmente em uma maternidade situada na parte insular do município de Florianópolis, SC e posteriormente estendida ao domicílio das mulheres assistidas.

Esta maternidade, na qual está inserido o Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno (CIAM), é uma instituição pública, integrante da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, que atende desde 1955 mulheres de estrato social diversificado, provenientes de localidades da Ilha, do continente e municípios vizinhos, em situações de saúde/doença, estando ou não relacionadas com as fases do ciclo grávido puerperal. No período da prática a mesma dispunha de 64 leitos obstétricos dos quais, 17 eram destinados a clientes de estrato social médio e alto e os demais para clientes de estrato social baixo e ou marginalizado. Trata-se de uma maternidade conveniada com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e outras instituições assistenciais e de ensino. Nesta maternidade são realizados estágios curriculares dos cursos de graduação em enfermagem e medicina, contando ainda com um serviço de residência médica em ginecologia, obstetrícia e neonatologia. A mesma serve também de campo de estágio e local de pesquisa para alunos de cursos de pós-graduação (Lato Sensu e Stricto Sensu) especialmente nas áreas de enfermagem e medicina.

O Banco de Leite Humano e CIAM nela inserido, foi ativado em 1979, tendo sofrido modificações importantes em seu funcionamento quando em 1981 foi amplamente alterada sua estrutura física e administrativa. Tais modificações ocorreram fundamentalmente em função do momento histórico vivido na época, quando

era deflagrada a Campanha Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno no Brasil, hoje transformada em programa com a mesma denominação e objetivos.

Atualmente este serviço desenvolve além das atividades de coleta (interna e externa), processamento, estocagem, controle de qualidade e distribuição do produto (coloostro, leite de transição e leite tardio), atividades assistenciais e educativas junto à comunidade, visando a promoção e o incentivo à prática do aleitamento materno. De acordo com relatório anual do serviço, são atendidas em média por mês, 500 clientes (SANTOS, 1990). São mulheres de diferentes estratos sociais, idades, ocupações, etnias, religião e níveis de escolaridade. Algumas se candidatam como doadoras de leite, outras buscam orientação e apoio para amamentar e ainda tem aquelas cujo número é bastante expressivo, que necessitam de ajuda para solucionar problemas decorrentes da amamentação, tais como fissura ou trauma mamilar, engurgitamento mamário, hipogalactia, mastite, entre outros.

O serviço atua integrado com os demais serviços da instituição e prima por uma abordagem interdisciplinar. A enfermagem desenvolve papel relevante, cabendo-lhe a responsabilidade e o gerenciamento das atividades assistenciais e administrativas do mesmo. Para isto dispõe dos seguintes recursos humanos: uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e seis atendentes de enfermagem. Obstetras, pediatras, nutricionistas, assistentes sociais, demais enfermeiras e funcionários da maternidade embora não pertençam ao quadro de recursos humanos do serviço, mesmo que indireta, tem uma participação

junto ao mesmo.

Quanto a área física o Banco de Leite Humano e CIAM está constituído por cinco salas: recepção e triagem das nutrizes doadoras, coleta de leite, preparo e esterilização de material, estocagem e laboratório (Ver ANEXO II - ASSIS et alii, 1983). Embora o mesmo disponha desta área específica para o seu funcionamento, a equipe que lá atua tem acesso não só à outras dependências da maternidade (enfermarias, quartos, apartamentos e berçários) como também ao domicílio das nutrizes doadoras. A visita domiciliar é realizada diariamente (exceto aos sábados, domingos e feriados) pela manhã no horário das 8:00 às 12:00 horas. Para isto dispõe de uma viatura, um motorista e uma funcionária. Daí uma das justificativas e esclarecimento para o fato de que, embora o presente trabalho tenha sido elaborado para fundamentar a assistência de enfermagem em um Banco de Leite Humano e CIAM, o seu desenvolvimento se deu não só nas dependências físicas do mesmo, mas também em outras dependências da maternidade (enfermarias, quartos e apartamentos principalmente) e domicílio, as quais este serviço tem acesso.

A princípio cogitei realmente em selecionar as clientes no próprio Banco de Leite Humano e CIAM, quando para lá se dirigissem em busca da assistência. Entretanto, logo de imediato percebi que se assim procedesse estaria perdendo a oportunidade de acompanhá-las desde o início do processo lactacional, ou seja, imediatamente após o parto, período considerado crítico e decisivo para o estabelecimento da lactação. Assim sendo, estabeleci que o primeiro contato com as mesmas se daria na unidade

de internação e preferencialmente dentro das primeiras 24 a 48 horas após o parto. Deste modo, teria oportunidade de identificar precocemente a demanda terapêutica do auto-cuidado apresentada pelas mesmas, dar início ao planejamento e intervenção de enfermagem. Iniciado este processo, contatos subsequentes foram mantidos no período de internação até o momento da alta da maternidade.

O acesso à instituição na condição de mestranda para a realização da prática assistencial foi feito mediante solicitação formal através de ofício ao Diretor Geral que emitiu juntamente com a Chefe do Serviço de Enfermagem da instituição parecer favorável. Na oportunidade foi entregue uma cópia do projeto para conhecimento e apreciação dos mesmos .

A opção por este local para a realização do presente trabalho se deu basicamente por dois motivos. Em primeiro lugar, pelo fato de ser esta a instituição onde ao longo de quinze anos venho desenvolvendo minhas atividades assistenciais e docentes como enfermeira, fato que me coloca em posição privilegiada no que diz respeito ao conhecimento da estrutura organizacional e administrativa da instituição o que implica também em outras inúmeras vantagens. Em segundo, por ser o Banco de Leite Humano e CIAM um dos serviços sob minha responsabilidade nesta instituição e no qual venho participando ativamente desde sua implantação, o que me obriga e estimula a aprofundar e buscar novos e relevantes conhecimentos para que o mesmo venha a ser cada vez mais útil à população que assiste e à sociedade como um todo.

Após a alta da maternidade foi dada continuidade aos contatos, através de visitas domiciliares, inicialmente programadas para serem realizadas entre o 5º e 10º dia do puerpério (1ª visita), o 15º e 20º dia de puerpério (2ª visita), o 30º e 40º dia de puerpério (3ª visita), e finalmente em torno dos 60 dias de puerpério (4ª visita).

Estas visitas foram assim programadas em função do entendimento prévio que eu tinha das diferentes etapas e situações pelas quais passam a mulher, o neném e sua família no período puerperal. Do ponto de vista biológico, por exemplo, é nos primeiros dias, especialmente até o 10º dia, que vão ocorrer de forma mais intensa as modificações locais e gerais no organismo materno. É neste período que se dá a apoiadura, e com bastante frequência ocorre o engurgitamento mamário provocado pela estase láctea. Também são frequentes as fissuras e o trauma mamilar, decorrentes principalmente de sucção vigorosa e frequente pelo recém-nascido. Nesta fase a mulher, bem como o recém-nascido podem experimentar dificuldades relacionadas às eliminações, sono e repouso, nutrição, integridade cutâneo mucosa, entre outras que vão de uma forma ou de outra interferir no processo lactacional. Isto sem mencionar os aspectos psicológicos, sociais, culturais e econômicos que interferem neste processo.

O limite de dois meses estabelecido para a realização da última visita domiciliar foi definido também em função do pressuposto de que a mulher já teria competência necessária para se engajar em ações de auto cuidado no aleitamento materno, uma vez que as fases mais críticas quase sempre antecedem o mesmo.

Cabe-me ressaltar entretanto que em algumas vezes este cronograma sofreu alterações em função dos diferentes níveis de competência para o auto cuidado apresentados pelas mulheres, bem como dos diferentes contextos e situações vivenciadas pelas mesmas.

A opção pela continuidade da assistência a nível domiciliar adveio da necessidade que senti em operacionalizar e avaliar de modo mais abrangente possível o marco conceitual elaborado. Em outras palavras quero dizer que a implementação do mesmo somente na maternidade restringiria e dificultaria em muito a avaliação de sua aplicabilidade prática, que no mínimo seria feita de modo parcial, fragmentada e superficial.

- População

O foco central deste estudo foi a mulher no aleitamento materno e os critérios adotados para a seleção da amostra foram os seguintes:

- mulheres atendidas na maternidade escolhida como campo para a realização da prática assistencial, independente do estrato social, estrutura familiar, profissão, religião e nível de escolaridade, excetuando-se:
 - aquelas com contra-indicação para amamentar, ou seja, portadoras de hepatite B, tuberculose bacilífera ativa, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), mamilo invertido, desnutrição grave, patologias mamárias graves;
 - as portadoras de patologias psíquicas (psicoses, neuroses e fobias);

- as que tivessem recém-nascidos com síndrome de Pierre-Robin, cardiopatias graves e problemas neurológicos que impedissem a amamentação materna;
- aquelas com filhos natimortos ou que os tivessem doado;
- mulheres que preferencialmente residissem no município de Florianópolis, SC;
- mulheres que estivessem de acordo com a aplicação do processo de enfermagem na maternidade e domicílio;
- mulheres que manifestassem desejo e motivação para amamentar.

Dentro destes critérios de seleção estabeleci ainda que a amostra de mulheres a serem assistidas deveria ser, dentro do possível, distribuída de acordo com o número de filhos, ou seja, três que fossem primíparas, três que tivessem de dois a três filhos e quatro que fossem múltíparas. Isto porque entendia que poderiam haver diferenças no diz respeito à competência das mulheres para o auto-cuidado no aleitamento materno em função de sua experiência anterior ou não em relação à maternidade e ao aleitamento materno propriamente dito.

Em algumas ocasiões entretanto estes critérios não foram rigorosamente seguidos, uma vez que surgiram situações, as quais, embora não preenchessem totalmente os requisitos previamente estabelecidos para o estudo, permitiam a implementação do processo na íntegra e de forma contínua e abrangente. Cito a guisa de exemplo o caso de uma cliente que não residia no município de Florianópolis, SC e sim em Itapema.

Neste estudo foram implementados dez processos de enfermagem, dos quais apenas um será descrito na íntegra. Os de-

mais serão apresentados de forma suscinta dando uma idéia das características gerais da população assistida, bem como servirão de subsídios para a análise e avaliação da implementação do marco conceitual na prática.

- Períodos da Prática Assistencial

A mesma foi desenvolvida em dois momentos. Um que teve duração de cinco meses, onde implementei o marco conceitual na prática, integralmente na forma como havia concebido no projeto.

Após este período, embora não me afastasse totalmente do campo, uma vez que o mesmo se constituía no meu local de trabalho, busquei através da análise e reflexão avaliar a experiência vivenciada, a realidade encontrada. Neste sentido procurei identificar a coerência e operacionalidade entre o que havia sido teoricamente concebido e o que realmente se dava na prática. Os sentimentos, as percepções, as dificuldades e as facilidades encontradas se constituíram em subsídios valiosos para esta primeira avaliação. Paralelamente a este período cursei a disciplina Antropologia da Mulher oferecida pelo Curso de Mestrado em Antropologia Social da UFSC, que me trouxe novos e relevantes conhecimentos acerca da problemática da mulher, ampliando de forma profunda e significativa a visão e compreensão que tinha da mesma enquanto um ser social. Das ricas discussões realizadas no transcurso desta disciplina, pude extrair subsídios valiosos que muito contribuíram para a compreensão da realidade encontrada e os ajustes que se fizeram necessários nesta avaliação que

considerarei preliminar.

Feitas as modificações e ajustes necessários, passei para o segundo momento que teve a duração de dez meses aproximadamente.

- Proteção dos Direitos Humanos

Após identificar a possibilidade da cliente ser incluída no presente estudo, tomando por base os critérios por mim estabelecidos, mantinha o primeiro contato com a mesma. Este se dava informalmente nas unidades de internação ou Banco de Leite Humano e CIAM, quando me apresentava como enfermeira da maternidade e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem. Nesta oportunidade expunha os objetivos do trabalho, como o mesmo seria desenvolvido incluindo explicações adicionais acerca das visitas domiciliares e também sobre a forma de como seriam tratados os resultados.

Esclarecidos estes aspectos e após obter o consentimento das mesmas era estabelecido um pacto de sigilo, garantindo total anonimato e também a liberdade de interromperem sua participação a qualquer momento do estudo.

Neste sentido não encontrei dificuldades ou resistências sendo que todas prontamente demonstraram interesse em participar do mesmo. Algumas até ficaram surpresas quando lhes falei sobre a visita domiciliar:

"A senhora vai na minha casa ? Que bom! A gente mora em casa de pobre, mas pode estar certa que será muito bem recebida".

Para a proteção da identidade das mulheres bem como de seus familiares utilizei nome fictício, tendo em vista o pacto de sigilo estabelecido inicialmente. Neste particular estabeleci que as mulheres assistidas no primeiro período, estariam incluídas no grupo A e teriam seus nomes fictícios bem como de seus cônjuges e demais familiares quando mencionados, todos iniciados com a letra A, e as do segundo período, no grupo B, com nomes fictícios iniciados com a mesma letra¹¹.

5.1.2. Reconstituindo a Trajetória da Implementação do Marco Conceitual na Prática

Conforme explicitarei anteriormente a operacionalização do marco conceitual elaborado se deu através da implementação do processo de enfermagem em dois períodos distintos. Nesta parte procuro reconstituir a trajetória percorrida para esta finalidade, abordando aspectos gerais e específicos referentes a aplicação do marco conceitual (maternidade e domicílio) em cada um dos períodos.

11 - Este método para classificar e proteger a identidade das mulheres bem como de seus familiares foi adotado por GOLDBENBERG (1990).

1º Período - Estrelando o Marco Conceitual na Prática

Este período se constitui na fase inicial da implementação do marco conceitual na prática e teve a duração de cinco meses (fevereiro à junho de 1989). No decorrer do mesmo prestei assistência à três clientes integralmente na forma como havia programado no projeto.

5.1.2.1. Aspectos Gerais da Implementação do Marco Conceitual na Maternidade (1º Período)

Um das primeiras preocupações que tive ao iniciar a prática assistencial foi com a estrutura onde a mesma seria realizada. Embora fosse meu local de trabalho e o meio ambiente (físico/contextual) fizesse parte do meu cotidiano, senti que era de fundamental importância apresentar a proposta de trabalho por mim idealizada para os que lá desenvolviam suas atividades assistenciais. Foi assim que na qualidade de enfermeira do Banco de Leite Humano e CIAM e mestranda de enfermagem, programei uma reunião com a equipe de enfermagem do referido serviço. A mesma foi realizada com vários propósitos. Em primeiro lugar para apresentar os objetivos, a natureza da proposta, a metodologia a ser desenvolvida, enfim o projeto assistencial na íntegra, uma vez que o mesmo havia sido elaborado para ser implementado no referido serviço. Em segundo lugar, para que eu pudesse sentir e captar, o nível de compreensão por parte da equipe que lá atua

bem como propiciar um espaço para discussão, questionamentos e sugestões. E em terceiro lugar, para que esta mesma equipe se engajasse na experiência desde sua fase inicial, o que se constituía para mim de fundamental importância.

Duas semanas antes da data da reunião entreguei cópia do projeto para que as funcionárias pudessem apreciá-lo. Ao realizar a reunião neste primeiro período, senti dificuldades para avaliar o nível de compreensão das mesmas frente ao projeto. Poucos foram os questionamentos e as sugestões. Algumas se posicionaram favoravelmente ao conteúdo do mesmo e entre estas teve uma atendente de enfermagem que, bastante intrigada me questionou o seguinte:

"Só não entendi porque a senhora cita tanto nome de autor, de outras pessoas; porque a senhora não escreve um livro com a sua experiência?"

A mesma estava se referindo à revisão da literatura e até ao próprio marco conceitual. Expliquei-lhe sobre o objetivo e papel da fundamentação teórica neste tipo de proposta. Mesmo assim acho que não fui convincente. Uma outra funcionária, também fez comentários acerca de uma citação da revisão da literatura:

"A senhora diz na página 11, que num estudo realizado aqui em Florianópolis sobre aleitamento materno, os autores encontraram que as mulheres de classe mais alta e com mais estudo é que amamentavam mais. Será isso mesmo? Na prática parece que é ao contrário".

Embora sentisse dificuldade em avaliar em que medida as respectivas funcionárias haviam compreendido a proposta assistencial apresentada, as contribuições oferecidas pelas mesmas foram extremamente úteis. Já no que diz respeito ao envolvimento e participação das mesmas na implementação prática das diferentes etapas do processo de enfermagem, neste primeiro período, se deu de forma discreta, mais a nível de observação. Acredito que isto tenha ocorrido pela forma isolada e até solitária de como conduzi a prática assistencial.

O mesmo ocorreu com as funcionárias das unidades de internação e bercário, setores onde eu mantinha maior contato no período em que a dupla mãe/filho permanecia internada, período este, bastante curto, para que se estabelecesse um relacionamento maior e mais profícuo.

Em relação às colegas enfermeiras da instituição (em número de quatorze), neste primeiro período, apenas uma acompanhou mais de perto cada passo da implementação do marco conceitual na prática. Com ela compartilhava minhas dificuldades e dilemas, trocava idéias e refletia sobre as experiências vivenciadas e as gratificações advindas da relação estabelecida com as clientes e seus familiares. O diálogo constante com a mesma me ajudava a refletir criticamente sobre a realidade encontrada, como também buscar soluções criativas para os problemas identificados. Por outro lado, a sua participação e envolvimento neste processo motivou-a a elaborar um marco conceitual para direcionar a assistência de enfermagem prestada no seu setor, o que me entusiasmava, pois de certo modo isto, se constituía em uma res-

posta concreta e positiva frente ao trabalho que eu vinha desenvolvendo na instituição.

As demais colegas, embora não estivessem diretamente envolvidas, tinham conhecimento do tipo de trabalho que estava desenvolvendo, uma vez que além de comentar informalmente com as mesmas sobre o assunto, havia entregue uma cópia do projeto à Chefia do Serviço de Enfermagem da instituição, ficando à disposição de todas para leitura e apreciação.

No que diz respeito ao corpo médico da instituição, de um modo geral eram poucos, com excessão dos médicos residentes, os que tinham conhecimento de fato sobre o meu trabalho. Na realidade, o que a maioria deles sabia, é que eu estava desenvolvendo minha dissertação de mestrado e que tinha como tema central uma proposta de assistência de enfermagem à mulher no aleitamento materno, fundamentada na teoria de auto-cuidado de Orem, uma enfermeira norte-americana. Destes, apenas alguns obstetras e pediatras mais atentos à questão do aleitamento materno é que tinham uma noção mais clara do tipo de trabalho que eu vinha desenvolvendo.

Quanto aos demais serviços e profissionais da equipe de saúde da instituição, um dos que tive um relacionamento mais frequente foi com o serviço de nutrição e dietética. Isto porque era frequente a necessidade de intervir em favor do cliente, no sentido de propiciar uma ingestão líquida e de alimentos adequada para o período puerperal imediato, e mais especificamente para o estabelecimento e manutenção da lactação. Por outro lado, as nutricionistas demonstravam interesse sobre o trabalho que eu

vinha desenvolvendo, sendo que em algumas situações comentava com as mesmas a experiência vivenciada, trocávamos idéias e até refletíamos juntas.

De acordo com projeto elaborado, o processo de enfermagem foi aplicado à clientes que se encontravam no período compreendido entre as primeiras 24 à 48 horas de pós-parto. Assim sendo, o mesmo foi inicialmente desenvolvido nas unidades de internação da maternidade, mais especificamente nas enfermarias I e III da referida instituição. Ao implementar o processo de enfermagem a estas clientes, procurava analisar o meio-ambiente físico onde o mesmo era desenvolvido. Neste sentido, as características destas enfermarias eram minuciosa e acuradamente por mim observadas. As mesmas, embora situadas em locais diferentes e opostos, tinham a mesma área física, o mesmo número de leitos, enfim, o mesmo "lay out". A primeira, destinava-se a receber puérperas submetidas à cesariana e a segunda à receber puérperas submetidas à parto normal. Ambas, destinadas a atender clientes de estrato social baixo e marginalizado, possuíam 12 leitos cada uma, acompanhadas de banheiro e uma pequena sala de prescrição logo na entrada da unidade. Tais leitos, distribuídos em uma única sala, eram subdivididos com divisórias de madeira, tipo meia-parede e cortinas de tecido, o que a meu ver, não garantia a privacidade e individualidade das clientes.

Estas enfermarias não dispunham de berços para os recém-nascidos, sendo que os mesmos quando permaneciam com as mães, dividiam o mesmo leito com as mesmas. Se de um lado isto parecia favorecer o contato mãe/filho, por outro, às vezes difi-

cultava a assistência de enfermagem prestada a estas clientes.

Outras características referentes ao meio-físico, como iluminação, temperatura e ventilação, nem sempre concorriam de forma adequada para o atendimento dos requisitos de auto-cuidado apresentados pelas clientes. Cito a guisa de exemplo, a questão da luminosidade do ambiente. A falta de luz de cabeceira na unidade fazia com que no período noturno fosse utilizado a luz do teto, o que prejudicava o sono e repouso da maioria das clientes ali internadas.

A tranquilidade exigida para o estabelecimento e a manutenção da lactação, saúde e bem estar das mulheres, era também frequentemente afetada pela presença de ruídos desagradáveis provocados principalmente por conversas em alto som, pelo choro dos recém-nascidos, por buzinas de carro, carros transitando na rua (em frente às enfermarias), entre outros.

Sintetizando, o meio-ambiente físico destas enfermarias parecia inadequado para o atendimento de determinados requisitos de auto-cuidado apresentados pelas clientes.

Ao implementar o processo de enfermagem à estas clientes nestas enfermarias, procurava fazê-lo prestando assistência integral, já que a filosofia contida em minha proposta assistencial diferenciava da existente na instituição. Daí a necessidade que senti, em permanecer junto às mesmas nos períodos matutino e vespertino, o que possibilitaria também um maior controle e uma melhor avaliação das diferentes etapas do processo.

Pela manhã chegava na unidade aproximadamente às 7:30 horas, contactava com as funcionárias da unidade informando-lhes

sobre as atividades que desenvolveria junto a cliente e dava início à implementação das diferentes etapas do processo de enfermagem. Isto se dava num processo muito dinâmico, aberto e às vezes até imprevisível. Ao mesmo tempo se em que levantava dados, procurava conhecer a demanda terapêutica para o auto-cuidado da mulher no aleitamento materno, com frequência tinha que intervir gerenciando o sistema de auto-cuidado, fazendo pela cliente aquilo que a mesma estivesse impossibilitada de fazer por si mesma, ou ensinando, orientando e promovendo o desenvolvimento de suas capacidades para torná-la independente da assistência de enfermagem assumindo o auto-cuidado. Neste turno (matutino), permanecia na unidade junto à cliente e seu recém-nascido até às 12 horas aproximadamente.

No período vespertino dava continuidade a assistência de enfermagem. Retornava à unidade por volta das 13:30 horas e ali permanecia até às 18 horas. Mas, se no período matutino o meu contato se dava mais com a cliente e seu recém-nascido, no período vespertino o mesmo se estendia também à família dos mesmos. Isto porque a rotina de horário de visitas nas enfermarias nesta instituição era das 15:00 às 16:30 horas diariamente.

Este era um momento duplamente especial: para o cliente, que de modo geral ficava feliz em receber os familiares (esposo, sogra, mãe, filhos (maiores de 12 anos), cunhadas, irmãs, comadres, vizinhas, entre outros), e para mim que já na maternidade passava a conhecê-los e interagir com os mesmos.

Nesta oportunidade procurava observar as reações da cliente frente às visitas, o conteúdo das conversas estabeleci-

das entre às mesmas, o número de visitantes, o grau de parentesco dos mesmos em relação à cliente e o nível de influência destes sobre as mesmas. Em relação ao pai do recém-nascido, sempre que possível procurava dar-lhe uma atenção especial. Isto porque o modelo da maternidade vigente em nossa sociedade, em linhas gerais, ainda inferioriza o papel do pai em detrimento da supervalorização do papel da mãe (PARSEVAL, 1986).

Assim sendo, procurava identificar junto ao mesmo, seus sentimentos em relação ao nascimento do filho, a qualidade do relacionamento com a sua esposa, sua postura frente ao papel de pai e esposo, sua opinião sobre a amamentação e os cuidados paternos, entre outros assuntos. Ao mesmo tempo lhe informava sobre o tipo de trabalho que estava desenvolvendo junto à cliente. Neste particular, percebi que os mesmos se sentiam valorizados ao serem envolvidos no processo e também senti boa receptividade e interesse por parte dos mesmos frente ao trabalho desenvolvido.

O horário de visitas tornava-se assim, num momento privilegiado, profícuo para o estabelecimento de uma relação terapêutica efetiva, quer com a cliente, quer com sua família, sempre visando o auto-cuidado. Neste sentido procurava deixar claro quanto ao meu papel de enfermeira neste processo, ou seja, como reguladora do sistema de auto-cuidado.

Outro momento importante nesta fase de permanência do binômio mãe/filho na maternidade era o da alta. Quase sempre quem vinha buscá-los era o companheiro/esposo da cliente. Sempre presente, eu procurava acompanhar cada passo seguido, informan-

do, trocando idéias com os mesmos, orientando. Na despedida, quase sempre marcada por sentimentos de afeto mútuos, reafirmava a continuidade da assistência a nível domiciliar, conforme já combinado anteriormente.

5.1.2.2. Aspectos Gerais da Implantação do Marco Conceitual no Domicílio (1º Período)

Neste primeiro período, o cronograma de visitas domiciliares programado, foi a princípio rigorosamente seguido. Posteriormente com o decorrer do acompanhamento das clientes, entretanto, o mesmo foi sofrendo alterações de acordo com as necessidades apresentadas pelas mesmas.

De acordo com projeto elaborado, a primeira visita domiciliar era realizada entre a 5ª e 10ª dia de puerpério. Em todas as três clientes assistidas esta primeira visita foi realizada.

O primeiro contato com a cliente em seu espaço doméstico, a princípio causava-me insegurança e preocupação. No trajeto em direção à sua residência refletia:

"será que vou encontrá-la em casa?"
"serei bem recebida?"
"não estarei invadindo o espaço privado da cliente?"
"(...) e se não encontrar a residência?"

Entretanto tais preocupações logo se dissipavam uma vez que todas as clientes se encontravam em suas casas e aguardavam ansiosamente pela minha visita. Aliás a recepção por parte das mesmas, bem como de seus familiares sempre foi a melhor possível. Cito a guisa de exemplo a situação vivenciada com a cliente Ana documentada no meu diário:

"Ao chegar na casa de Ana fui logo reconhecida pelo seu filho André (de 3 anos) que estava brincando com uma amiguinha no jardim e que já havia me conhecido (e eu a ele) na maternidade. Imediatamente ele correu em direção à casa gritando:

- "Ô manhêêê, a enfermeira da maternidade tá aqui".

Ana logo abre a porta, aparece sorridente e comenta:

- "eu já estava lhe esperando! Ontem mesmo pensei na senhora!"

Cumprimentei-a e logo em seguida fui convidada a entrar".

Penso que a qualidade do contato previamente mantido não só com a cliente, mas também com seus familiares na própria maternidade sem dúvida alguma, contribuiu para a boa receptividade que encontrei por parte das mesmas.

De um modo geral, era desta forma que se dava a recepção e entrada no domicílio das clientes. Mesmo assim, era esta, a primeira visita, que mais me deixava preocupada e ansiosa. Isto porque além de desconhecer totalmente o meio-ambiente (físico e contextual) da cliente, deveria estar atenta à tudo e a todos, e ainda quando necessário, intervir.

Em linhas gerais, nas primeiras visitas eu procedia da seguinte maneira: ao me aproximar da residência das clientes

procurava observar as características do meio ambiente (físico/contextual). Neste sentido observava o número de casas, tipo de construção, condições de acesso, o bairro, a rua, como por exemplo:

"(...) A zona é residencial, a rua não é calçada e apresenta-se com muitos buracos, pedregulhos e é bastante inclinada, o que me forçou deixar o carro estacionado à alguns metros de distância da residência de Ana. A mesma fica situada no alto de um morro localizado no bairro Córrego Grande. O local aparenta ser tranquilo, silencioso. Ouço apenas algumas pessoas falando, crianças sorrindo, pássaros cantando e também ruídos de carro que trafegam em locais mais distantes; a rua possui algumas casas construídas em madeira, contrastando com outras mais sofisticadas de alvenaria. Observo extensa área verde, com árvores e plantas das mais diversas (...)" (Notas da enfermeira).

Em seguida ao chegar na residência da cliente propriamente dita, também procurava observar as condições de moradia, o tamanho da casa, o número de peças, as condições de higiene, o número de pessoas que nela residiam, a iluminação, a ventilação, e temperatura, entre outros. Observados estes aspectos, após os cumprimentos iniciais, procurava focalizar a atenção na cliente, recém-nascido e demais familiares quando presentes. Um fato interessante que observei nestas primeiras visitas, é que ao entrar na casa das clientes, logo de imediato, o que as mesmas faziam era me levar até o local onde se encontrava o neném, geralmente no quarto delas:

"Venha, venha ver o menino! Olhe só como ele dorme tranquilo. Como ainda é pequenininho eu

deixo ele sempre neste carrinho. Ele só mama e dorme; não está lindo?"

De certa forma isto ajudava bastante no sentido de me deixar mais a vontade, menos formal. A partir daí, fluíam naturalmente questionamentos e relatos detalhados sobre as condições de saúde do neném, da própria mãe e até dos demais familiares, que além de me fornecerem dados acerca dos requisitos de auto-cuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde, me permitiam identificar de que modo os mesmos vinham sendo atendidos.

Quando determinados requisitos de auto-cuidado eram omitidos pelas mesmas, como por exemplo, os relacionados à ingestão adequada de alimentos, eu complementava com questionamentos a fim de obter uma avaliação o mais abrangente possível. Neste sentido vale realçar que, embora os aspectos diretamente relacionados à amamentação e puerpério (ou seja, aqueles relacionados aos requisitos de auto-cuidado desenvolvimentais) ocupassem lugar e espaço privilegiado nestas visitas, procurava me ater à mulher/meio-ambiente de forma holística, vislumbrando-os como um todo integrado em relação ao sistema de auto-cuidado conforme preconizado no marco conceitual elaborado.

Embora a maioria dos relatos tenham sido feitos pela própria cliente, em algumas situações houve a participação de outras pessoas da família. Em dois casos, por exemplo, a sogra da cliente estava presente e quase sempre intervinha, ora complementando com informações acerca da saúde do neném e da própria mulher, ora dando sua opinião acerca dos cuidados a serem

prestados aos mesmos, fazendo sempre lembrar de sua rica experiência de mãe:

"Não dar chá pro neném nos intervalos das mamadas? E por que não? Eu criei meus oito filhos, todos no peito mas eles ganhavam chá sim, e não fazia mal nenhum, até acalmava (...)"

ou ainda:

"A senhora diz que pode lavar a cabeça no resguardo? Pelo que eu sei, se a mulher ganha menina, só deve lavar depois de 30 dias, e se for menino, só quando completar 40 dias (...)"

A princípio confesso que senti dificuldades em trabalhar com a figura da sogra, uma vez que a mesma parecia competir o espaço comigo e até mesmo com o da nora. Com frequência as mesmas ocupavam um bom tempo da conversa, revivendo as suas numerosas experiências de gestação, parto e amamentação, uma vez que em sua maioria, tinham história de multiparidade. Na realidade, logo percebi que, nestes casos, eu estava vivenciando uma situação concreta de confronto entre o saber científico e o saber popular. De um lado a sogra, com suas crenças, sua visão de mundo, suas representações sobre saúde/doença, maternidade, amamentação e cuidado à saúde, legitimamente vinculada ao sistema popular (saber empírico); do outro lado, a enfermeira, com outras crenças, outra visão de mundo, outras representações sobre saúde/doença, maternidade, amamentação e cuidado à saúde, representante legítima do sistema profissional (saber científico).

Duas faces altamente contraditórias que longe de se constituir em dois polos antagônicos e opostos, se transformou em um espaço profícuo de integração e troca entre as duas formas de saber. Em outras palavras quero dizer que, ao invés de hostilizar e marginalizar a presença da sogra passei a envolvê-la no processo dando-lhe especial atenção, procurando respeitar seus conhecimentos, suas crenças, sua experiência e compreender seu papel e influência enquanto agente social, no sistema de auto-cuidado da cliente. Neste sentido, penso que a leitura dos trabalhos de SCAVONE (1989), PITANGUY (1981), ALMEIDA (1987), SALEM (1985), entre outros me ajudaram a compreender e a resolver as contradições encontradas.

Além da sogra, também mantive contato com outros filhos dos clientes, estabelecendo com os mesmos um vínculo afetivo importante. Em todas as visitas que realizei, me recebiam com muito carinho, sentavam-se ao meu redor e muito me observavam.

Quanto ao pai, embora já o tivesse conhecido na maternidade, nas primeiras visitas realizadas, o mesmo não se encontrava em casa, mesmo no período de licença paternidade. Segundo as clientes, estava trabalhando. Mesmo assim procurava obter informações sobre a participação do mesmo nas atividades da esfera doméstica, no cuidado com os filhos, enfim sobre o seu desempenho e papel de pai e esposo. Em algumas situações, os mesmos mantinham contatos comigo por telefone, a pedido das clientes no caso de dúvidas ou necessidades.

Para complementar a coleta de dados, após me ater aos relatos, fazia o exame físico da mãe. Inicialmente não estava

previsto o exame físico do neném, mas no decorrer das visitas domiciliares, em função das dúvidas e questionamento apresentados pelas clientes, passei também a realizá-lo.

Após obter uma visão o mais abrangente possível da situação vivenciada pelas clientes procurava identificar os "déficits" de competência apresentados pelas mesmas no atendimento da demanda terapêutica do auto-cuidado, e a partir daí planejava juntamente com as mesmas, as ações necessárias para corrigir estes "déficits".

Deste modo, estas visitas me ajudavam a ver, a sentir e a compreender as mulheres em seu próprio mundo, no seu cotidiano, com suas experiências diárias, seu estilo de vida, suas preocupações, dificuldades e realizações.

As demais visitas que estavam programadas neste primeiro período foram todas realizadas conforme cronograma previamente estabelecido. Ao realizá-las entretanto, percebi a necessidade de rever alguns pontos. Em alguns casos, por exemplo, houve a necessidade de exceder o número de visitas programadas, em função das intercorrências apresentadas pelas clientes. Foi o caso de Ana que ao completar 30 dias de puerpério, apresentou sinais e sintomas de mastite, requerendo um maior controle e avaliação de minha parte, o que fez com que o número de visitas inicialmente programadas para serem realizadas em número de quatro, fosse alterado para o número de oito.

Por outro lado, em outras situações, senti que o número e os dias de visita não necessariamente deveriam seguir um cronograma fixo, previamente estabelecido e sim, que as mesmas

deveriam ser realizadas de acordo com as especificidades das situações vivenciadas pelas clientes.

Aspectos Metodológicos da Operacionalização das Diferentes Etapas do Processo de Enfermagem (I^o Período)

Fase Intelectual

5.1.2.3. I^a Etapa - Diagnóstico e Prescrição

Neste estudo, o diagnóstico e a prescrição foram feitos a partir de uma operação investigativa realizada com o objetivo de determinar porquê a mulher no aleitamento materno, necessita de enfermagem. Esta etapa foi operacionalizada através da utilização do instrumento¹² elaborado para levantamento (inicial e contínuo) dos dados (ANEXO III) com base nos requisitos de auto-cuidado categorizados e descritos por OREM (ANEXO I). O conteúdo deste instrumento procurava abordar a cliente de forma holística, ou seja, como um ser integral, contemplando aspectos físicos, cognitivos, afetivos e meio-ambientais (meio físi-

12. Este instrumento foi elaborado a partir das descrições de OREM (1985) acerca do processo de enfermagem e dos trabalhos desenvolvidos por ALVAREZ (1987) e SANTOS (1988) que fundamentadas em OREM prestaram assistência de enfermagem ao idoso e à puérpera nutriz respectivamente.

co/geográfico e contexto sócio-cultural). O mesmo está dividido em três partes: uma primeira em que são obtidos dados biográficos (relativos à mulher e cônjuge e/ou companheiro) relacionados à idade, naturalidade, origem étnica, escolaridade, estado civil, religião, profissão/ocupação e endereço. A segunda, em que são identificados os requisitos de auto-cuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde, através do levantamento de dados objetivos e subjetivos adaptados à situação da mulher no aleitamento materno. A particularização destes requisitos adicionados à identificação de aspectos físicos, cognitivos, afetivos e meio-ambientais, apresentados pelas mulheres e compreendidos como componentes do conceito competência (da mulher) para o auto-cuidado no aleitamento materno, auxiliam na identificação da demanda terapêutica do auto-cuidado e dos déficits de auto-cuidado apresentados pelas clientes. E a terceira parte do instrumento, em que é apresentado de forma global e esquematizada as diferentes etapas do processo de enfermagem.

O levantamento de dados assim padronizado, tinha como objetivo identificar, com base na particularização dos requisitos de auto-cuidado, a relação existente entre a demanda terapêutica do auto-cuidado apresentada pela mulher no aleitamento materno e sua competência para satisfazê-la. A partir da determinação desta relação eram identificados os "déficits" de competência exigindo a intervenção da enfermeira como reguladora do sistema de auto-cuidado, conforme já explicitarei anteriormente.

O mesmo foi realizado através de observação, entrevista, consulta ao prontuário da cliente, exame físico, contato com

familiares e equipe de saúde onde desenvolvia a prática assistencial.

O registro de dados, orientado pelo instrumento citado anteriormente, foi inicialmente realizado conforme havia sido estabelecido no projeto, ou seja, no próprio instrumento elaborado para esta finalidade. Tendo em vista o volume de dados a serem registrados e à necessidade de refletir e avaliar constantemente sobre os mesmos, optei por fazer os registros em folhas a parte, sob a forma de notas da enfermeira (ou de campo), seguidas de notas metodológicas e de reflexões teóricas.

As notas da enfermeira (N.E.), incluíam além de todos os dados objetivos e subjetivos relacionados aos requisitos de auto-cuidado apresentados pelas clientes (universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde), as anotações decorrentes da observação do meio-ambiente e das minhas impressões pessoais acerca do desenvolvimnto das diferentes etapas do processo. Cito a guisa de exemplo a seguinte nota referente ao depoimento de uma das clientes quanto ao relacionamento com seus pais:

"Ah, é ótimo. Até hoje eu adoro o colinho do meu pai, a comidinha da minha mãe (sorrisos)... () só que era a minha mãe que era mais braba. A mãe sempre é mais braba, né? O pai não. O pai já era mais dócil com a gente".

As notas metodológicas, por sua vez incluíam reflexões acerca do meu modo de agir, os recursos e técnicas que utilizava para captar e registrar os dados relacionados à assistência que prestava, bem como ao meio-ambiente onde a mesma era realizada,

como por exemplo:

"Penso que se tivesse solicitado às funcionárias do Banco de Leite Materno e CIAM, parecer sobre o projeto por escrito, poderia obter mais subsídios quanto à compreensão e avaliação do mesmo por parte delas (...)"

ou ainda, por ocasião de uma entrevista com a cliente Ana:

"Não deveria tê-la interrompido quando me falava de sua infância. Teria compreendido melhor o que estava querendo me dizer. Preciso rever alguns pontos desta etapa com Ana (...)"

Quanto às reflexões teóricas, as mesmas emergiam da análise dos dados coletados frente ao marco conceitual elaborado e aos estudos apresentados na revisão da literatura, como por exemplo:

"Apesar de apontar para Ana as prováveis causas de sua mastite, a mesma insiste em atribuí-la à um mal causado por feitiço, ou seja, "mau olhado", "quebranto". Tal crença parece ser tão forte, que chegou a levá-la à procurar uma benzedeira (sistema popular) de sua comunidade, antes de buscar recursos no sistema profissional. Isto me faz remeter ao pressuposto teórico sustentado por OREM (1985) de que as atividades de autocuidado são aprendidas (e desenvolvidas) de acordo com as crenças, hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida cultural do grupo ao qual o indivíduo pertence".

A princípio as notas da enfermeira (N.E.) eram registradas integralmente de forma manual no próprio local da coleta de dados, ou seja, nas dependências da maternidade e domicílio

da cliente. Posteriormente, passei a utilizar gravador, sendo as fitas transcritas por mim em minha residência.

Neste primeiro período, ao utilizar o instrumento elaborado para identificar os requisitos de auto-cuidado, logo de início senti que o mesmo poderia estar melhor ordenado, ou seja, que os dados relativos aos requisitos de auto-cuidado desenvolvimentais fossem abordados logo após os dados biográficos, uma vez que o momento vivido e intensamente sentido pela mulher estava relacionado com estes requisitos, ou seja, aqueles relacionados ao parto, a amamentação, à maternidade.

Outro aspecto que me dei conta em relação ao conteúdo do instrumento elaborado diz respeito aos componentes do conceito competência da mulher para o auto-cuidado no aleitamento materno. Neste particular, percebi de um lado que, tais componentes só tinham sido considerados na íntegra apenas na identificação dos requisitos de auto-cuidado desenvolvimentais quando procurei particularizar aspectos cognitivos, afetivos, físicos e ambientais relacionados ao atendimento destes requisitos. Tal constatação advinda de reflexões teóricas acerca da implementação prática do referido instrumento levou-me a modificá-lo posteriormente. Por outro lado, senti dificuldades em identificar a competência da mulher no aleitamento materno em determinados aspectos (por exemplo: aspecto nutricional).

Ainda em relação ao instrumento, ao finalizar o primeiro período, senti que precisaria resgatar com maior profundidade a história de vida da mulher, uma vez que a trajetória vivida pela mesma, da infância a fase adulta, contemplava aspectos

que certamente poderiam estar influenciando na sua capacidade, seu poder para se engajar no auto-cuidado no aleitamento materno.

Feitas essas ressalvas que apontaram para a necessidade de ajustes, não encontrei outras dificuldades em identificar os requisitos de auto-cuidado (universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde) apresentados pelas clientes. Acredito que, de um lado, o conhecimento antecedente acerca da teoria de Orem, aliada à minha experiência na área de aleitamento materno contribuíram para que isto ocorresse. Por outro lado, penso que os subsídios oferecidos OREM (1980, 1985) na descrição de tais requisitos favoreceram o seu levantamento e identificação. Neste sentido, entretanto, percebi que, embora os mesmos estejam teoricamente categorizados em três dimensões distintas, ou seja, universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde, na prática especialmente os dois primeiros, não são tão estanques e nem obedecem rigidamente os limites de fronteira estabelecidos pela teórica. Ao contrário, os mesmos se cruzam, se articulam e as vezes parece até que se confundem em um só.

Em relação à opção por perguntas abertas adotada no instrumento utilizado para o levantamento de dados, devo enfatizar que a mesma permitiu maior flexibilidade não só para a identificação de aspectos qualitativos que se revelavam significativos para as mulheres no que diz respeito aos requisitos de auto-cuidado, como também para melhor compreender e interpretar a relação existente entre a demanda terapêutica do auto-cuidado da mulher no aleitamento materno e sua competência para satisfazê-

la.

O diagnóstico propriamente dito só era determinado após o estabelecimento desta relação ou seja, entre a demanda terapêutica do auto-cuidado e a competência para o auto-cuidado apresentado pela mulher no aleitamento materno.

A análise desta relação permitia a identificação dos "assets" e "déficits" apresentados pelas clientes no atendimento de sua demanda terapêutica do auto-cuidado no aleitamento materno, o que resultava no diagnóstico. Os primeiros, ("assets"), eram assim considerados quando a competência da mulher para o auto-cuidado era maior que a demanda terapêutica do auto-cuidado; e os segundos ("déficits") o contrário, ou seja quando a competência para o auto-cuidado era menor que a demanda terapêutica do auto-cuidado.

5.1.2.4. IIª Etapa - Projeção e Planejamento de um Sistema de Enfermagem

Neste estudo, a segunda etapa do processo de enfermagem correspondeu à projeção e o planejamento de um sistema de enfermagem que contribuisse efetivamente para obtenção dos objetivos de saúde da mulher (e/ou familiares) no aleitamento materno. Nesta etapa, foi determinado como a mulher poderia ser ajudada incluindo o estabelecimento mútuo de objetivos e resultados com a mesma e/ou familiares.

Na prática, esta segunda etapa foi operacionalizada a partir da identificação dos déficits de competência apresentados pelas mulheres frente a demanda terapêutica do auto-cuidado. Isto por considerar que, no sistema de auto-cuidado a enfermagem atua somente como "reguladora" do sistema, intervindo apenas na presença de déficits de competência para o auto-cuidado.

Uma vez identificados os "déficits" procedia a classificação e análise dos mesmos. A classificação era feita de acordo com a sua natureza e extensão. No que diz respeito à natureza, procurava classificá-los de acordo com os requisitos de auto-cuidado (universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde), sempre procurando levar em conta os componentes do conceito de competência para o auto-cuidado da mulher no aleitamento materno (cognitivos, afetivos, físicos e ambientais). Já com relação à extensão, os mesmos eram classificados de acordo com os sistemas de enfermagem¹³ conforme preconiza OREM (1985), ou seja: sistema de compensação total, sistema de compensação parcial e sistema de suporte educativo.

Cada "déficit" identificado era a princípio analisado e tratado de forma particularizada com a cliente.

Neste primeiro período, a maioria das mulheres assistidas apresentaram "déficits" relacionados aos diferentes requisitos de auto-cuidado e foram enquadradas no sistema de suporte educativo.

13. Ver página 118.

Após projetar o sistema de assistência de enfermagem com base nos "déficits" identificados, iniciava, também juntamente com a cliente o planejamento. Para cada "déficit" diagnosticado eram estabelecidos objetivos de saúde a serem alcançados a curto e médio prazo. Nesta etapa, em algumas situações foram também envolvidos os familiares das clientes.

Fase Prática

5.1.2.5. IIIª Etapa: Provisão e Controle da Assistência de Enfermagem

A terceira etapa, que é considerada a fase prática do processo de enfermagem, conforme explicitarei no capítulo anterior, envolveu a provisão (implementação) e o controle (avaliação) do cuidado de enfermagem com base no sistema de enfermagem projetado (compensação total, parcial e suporte educativo) e nos detalhes do plano assistencial. Neste estudo a mesma foi operacionalizada após o estabelecimento dos objetivos de saúde e o planejamento das ações de enfermagem.

No que diz respeito à provisão, o nível de assistência implementada variou de acordo com a natureza e extensão dos "déficits" de competência apresentados pelas clientes. É importante ressaltar que embora houvesse a participação ativa das mesmas no estabelecimento de objetivos de saúde e no planejamento de ações

a serem implementadas, na prática nem sempre ocorria conforme havia sido planejado, havendo necessidade às vezes, de reforço, ajustes e modificações dos mesmos. Em algumas situações senti dificuldades em alcançar objetivos de auto-cuidado à saúde juntamente com as clientes em função de limitações impostas pelas condições sócio-econômicas apresentadas pelas mesmas, especialmente no que se refere à determinados requisitos de auto-cuidado universais, tais como: manutenção adequada de ingestão alimentar, manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso, entre outros.

A implementação da assistência se dava de forma aberta, contínua e extremamente dinâmica, exigindo controle e avaliação constantes. A relação contratual estabelecida no início de forma desajeitada e extremamente formal entre enfermeira e cliente, aos poucos e gradativamente se estreitava estabelecendo-se uma verdadeira relação terapêutica, sustentada pela confiança, interação e empatia mútuas. Este foi um traço muito marcante e presente na relação com as clientes e seus familiares. Mas se de um lado isto facilitava o desenvolvimento do processo nas suas diferentes etapas, por outro, dificultava o momento de minha saída do campo junto à cliente/família, inicialmente prevista para dois meses após o parto. Embora deixasse claro desde o início que iria acompanhá-las apenas por este período, parecia que as mesmas não compreendiam e ficavam tristes quando lhes dizia que esta seria minha última visita. Na realidade os laços que se estabeleciam entre as clientes/familiares e a enfermeira com a implementação da assistência, pareciam transcender os li-

mites de tempo previamente estabelecidos, sendo que muitos foram os contatos mantidos após o referido período. Percebi aos poucos que meu distanciamento destas clientes bem como de seus familiares, deveria ser feito de forma suave, gradual e não abruptamente.

Ainda no que diz respeito à implementação da assistência de enfermagem, a princípio, senti dificuldades em relação à mudança de filosofia no concreto de "ESTOU AQUI PARA CUIDAR DE VOCÊ" para "ESTOU AQUI PARA AJUDAR VOCÊ À CUIDAR DE SI MESMA". A internalização desta mudança inicialmente, parecia difícil tanto para mim, que estava habituada a prestar assistência enfocando o "Estou aqui para cuidar de você", quanto para a cliente que estava habituada a receber a assistência centrada nesta mesma filosofia. Tal ocorrência determinava às vezes, confusão de papéis, tanto em relação aqueles a serem desempenhados por mim enquanto enfermeira, quanto aqueles a serem desempenhados pela cliente e/ou familiares.

Uma vez implementada à assistência de enfermagem, passava para a fase seguinte, que se constituía no controle (avaliação) da assistência de enfermagem baseado no sistema de enfermagem projetado, nos objetivos de auto-cuidado à saúde e nos detalhes do plano de cuidados. Nesta fase procurava (a) analisar a resposta da cliente e/ou familiares frente à intervenção de enfermagem, confrontando os resultados obtidos com os objetivos estabelecidos, (b) checar se as ações de enfermagem planejadas para o atendimento dos déficits de competência da mulher para o auto-cuidado no aleitamento materno, foram ou não realizadas,

(c) determinar os resultados da ação de enfermagem e (d) levantar dados essenciais para o replanejamento ou reajuste do sistema de enfermagem à cliente e ou familiares. Isto se dava de forma contínua, progressiva e dinâmica durante toda a implementação da assistência.

Com base na experiência vivenciada, nas dificuldades encontradas e nas discussões com a orientadora deste estudo, ao longo e término do primeiro período, foram efetuadas modificações e ajustes relacionados ao marco conceitual propriamente dito, ao processo de enfermagem e à alguns aspectos relacionados à metodologia.

Quanto ao marco conceitual, embora a essência do mesmo fosse preservada no seu conjunto, senti a necessidade de aperfeiçoá-lo em alguns aspectos. Em primeiro lugar percebi que alguns conceitos nele contidos precisariam ser explicitados de forma mais detalhada, levando-me a modificar os seguintes:

- ser humano (mulher no aleitamento materno): passei a utilizá-lo tanto para referir-me à identidade biológica do "ser mulher", como também para referir-me à identidade de gênero.
- Meio-ambiente: explicitiei os componentes do conceito de meio-ambiente (meio físico/geográfico e o contexto sócio-cultural) e adaptei-os à situação concreta da mulher no aleitamento materno.
- Competência da mulher para o auto-cuidado no aleitamento materno: detalhei os componentes do referido conceito, ou seja, componentes físicos, cognitivos, afetivos e ambientais - , e adaptei-os à situação específica da mulher no aleitamento ma-

terno.

Em segundo lugar senti a necessidade de modificar a ordem de apresentação dos conceitos contidos no marco conceitual, ou seja, ao invés de apresentar os conceitos gerais¹⁴ seguidos dos conceitos específicos¹⁵ da teoria de Orem, conforme projeto elaborado, entendi que deveria agrupá-los de forma que todos os conceitos diretamente vinculados e compreendidos como indissociáveis do ser humano, deveriam ser apresentados sequencialmente, como que formando um conjunto interrelacionado, seguindo dos outros conceitos. Finalmente, e em terceiro lugar, senti ainda a necessidade de incluir uma representação esquemática do marco conceitual elaborado para propiciar uma melhor visualização dos conceitos nele contidos bem como da interrelação entre os mesmos.

No que diz respeito ao processo de enfermagem, as principais modificações ocorreram em relação ao diagnóstico e prescrição: (a) foram incluídos no instrumento utilizado para coleta inicial e contínua dos dados, aspectos relacionados à história de vida da mulher e aos componentes do conceito de competência para o auto-cuidado (afetivos, físicos, cognitivos e ambientais) nos itens referentes à particularização dos requisitos de auto-cuidado universais e de desvio de saúde;

14. Neste estudo considereirei como gerais os seguintes conceitos: ser humano, meio-ambiente, sociedade/comunidade, saúde/doença, aprendizagem e enfermagem;

15. E específicos da teoria de Orem, os conceitos de auto-cuidado, competência da mulher para o auto-cuidado, demanda terapêutica do auto-cuidado e competência da enfermagem para o auto-cuidado.

(b) o instrumento passou a ser utilizado como um guia, um roteiro, de forma flexível; (c) o método de registro de dados foi modificado para notas de enfermeira (N.E), notas metodológicas (N.M) e reflexões teóricas, sendo efetuados não mais no instrumento elaborado para esta finalidade, e sim em folhas a parte.

E, finalmente, em relação aos aspectos metodológicos gerais, aboli o cronograma das visitas domiciliares a serem realizadas em datas pré-fixadas conforme projeto inicial. Neste particular, passei a fazer as visitas domiciliares em função das necessidades apresentadas pelas clientes.

Em linhas gerais, neste primeiro período, apesar das necessidades de ajustes apontadas e das dificuldades encontradas, foi possível perceber que, de um lado, o marco conceitual elaborado com base na teoria de auto-cuidado de Orem era operacionalizável na prática, proporcionando um direcionamento claro e adequado na implementação da assistência de enfermagem. Por outro lado, foi experienciando a teoria na prática que percebi, senti e melhor compreendi a profundidade e complexidade dos conceitos nela contidos, exigindo reflexões constantes acerca dos mesmos.

Quanto ao impacto causado pela implementação do marco conceitual na instituição onde desenvolvi a prática assistencial, percebi que neste primeiro período se deu de forma discreta, quase que imperceptível. Penso que isto tenha ocorrido por várias razões. Em primeiro lugar pelo fato de já exercer minhas atividades docentes e assistenciais na instituição e por estar diretamente envolvida com a prática do aleitamento materno, con-

dição que tornava natural minha presença e atuação junto às clientes. Em segundo, pelo fato de prestar assistência de enfermagem à um número reduzido de clientes em um espaço de tempo considerado exíguo dentro deste contexto. E finalmente, em terceiro lugar, por ter conduzido de forma isolada e solitária a prática assistencial neste primeiro momento, conforme explicitiei anteriormente. Mesmo assim devo salientar que este primeiro período foi extremamente profícuo, pois dele extraí subsídios valiosos.

II^o Período - Retornando à prática assistencial

Após introduzir as modificações e fazer os ajustes identificados como necessários no transcurso e término do primeiro período da prática assistencial, iniciei o segundo período, que teve a duração aproximada de dez meses (de fevereiro a dezembro de 1990). Neste período o processo de enfermagem foi aplicado à mais sete clientes.

5.1.2.6. Aspectos gerais da implementação do marco conceitual na maternidade (II^o Período)

Neste segundo período, ao retornar à maternidade para dar continuidade à prática assistencial, tive mais uma vez a preocupação com o envolvimento da equipe que lá atua, especialmente no que se refere à equipe de Enfermagem do Banco de Leite

Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno.

Embora no primeiro período tenha me parecido útil e necessária a forma isolada e solitária com que conduzi a prática assistencial, senti que a experiência a ser vivenciada neste segundo momento poderia ser enriquecida, melhor avaliada e conduzida se fosse compartilhada no cotidiano com os elementos integrantes da referida equipe. Foi assim que ao retornar ao campo, introduzi novas estratégias para que houvesse de fato uma participação mais efetiva e um maior envolvimento do pessoal que lá atua. Em primeiro lugar, solicitei para os mesmos a releitura do projeto elaborado, só que com uma inovação: dentro do possível que fosse seguida de um parecer por escrito acerca do conteúdo do projeto, cuja necessidade já havia pontuado em minhas observações e reflexões ao desenvolver o primeiro período. Para minha surpresa e satisfação ao término de uma semana recebi por escrito parecer das funcionárias do Banco de Leite Humano e CIAM, sobre o projeto. Desta vez pude avaliar melhor e com maior profundidade o grau de compreensão por parte das mesmas frente a proposta assistencial elaborada. Neste sentido, além de tecerem comentários gerais acerca da proposta apresentada, como por exemplo:

"Trabalho adequado a um Banco de Leite Humano e CIAM, onde abrange um grande número de mulheres nutrizas, levando-as ao conhecimento sobre o auto-cuidado do ser humano como um todo, mais especificamente quanto à amamentação, informando, orientando, prestando auxílio na lactação, independente da condição social, raça, categoria, respeitando seus princípios, crenças, religião e outros (...);"

Apontaram também suas dificuldades na compreensão de alguns aspectos do mesmo, como por exemplo:

"(...) Página 46, tive dificuldade de compreensão na abordagem do assunto referente à "Tecnologias Reguladoras: A -B" quadro VII. Achei-o complexo, entendi pouco";

Além destas e outras observações, também fizeram questionamentos importantes, como por exemplo:

"(...) Página 19 - Quadro II. Obstáculos ao aleitamento materno. Dentre as drogas citadas como ingesta obrigatória pela mãe, está a maconha" (...) Por quê incluir como "obrigatória" uma vez que as demais (citadas) podem ser ingeridas como medicamentos"?

Elucidados estes aspectos procurei, em segundo lugar, envolvê-las sempre que possível na implementação das diversas etapas do processo de enfermagem. Isto foi facilitado neste segundo período, principalmente pela inclusão no estudo de uma cliente (Beatriz) que, embora já tivesse recebido alta da maternidade, retornaria à mesma em dias alternados por um período aproximado de dois meses, para amamentar sua filha que nascera prematuramente e pesara um kilo.

Aliás, o contato frequente com a mesma dentro da instituição, propiciou um maior envolvimento não só da equipe do Banco de Leite Humano e CIAM, como também dos diversos setores da maternidade, especialmente do Berçário de Alto Risco e do serviço de Nutrição e Dietética.

Em relação à equipe do Banco de Leite Humano e CIAM, senti que, neste segundo período houve realmente uma maior participação e envolvimento no trabalho desenvolvido, sendo frequente os questionamentos, as discussões as sugestões e comentários acerca da assistência de enfermagem prestada e do marco conceitual propriamente dito. Isto se dava desde a seleção da amostra até a avaliação da intervenção da enfermagem. Várias foram as vezes em que as funcionárias me procuravam dizendo:

"Dona Vanda, na unidade "X" ... tem uma cliente que seria ótima para seu trabalho!"

Ao longo da implementação prática do marco conceitual fundamentado em Orem para assistir a mulher no aleitamento materno, pude perceber também mudanças de atitude na equipe que lá atua. De um lado, passaram a focar assistência de enfermagem centrada no auto-cuidado. Neste sentido eu sempre procurava alertá-las sobre a utilização do conceito "auto-cuidado" fazendo-as ver que o mesmo não significava simplesmente a mulher, cuidar de si mesma" ou "fazer as coisas por si mesma", como já advertira NEVES (1987). Por outro lado percebi que, como eu, ampliavam sua visão do ser humano/meio ambiente, saúde/doença, entre outros, deslocando a atenção, antes circunscrita apenas ao corpo da mulher, ou simplesmente centrada nas mamas (estrutura e funcionamento), para uma abordagem mais holística, considerando aspectos não só físicos como também cognitivos, afetivos e sócio-culturais.

Quanto ao envolvimento do pessoal de enfermagem dos demais setores da maternidade neste segundo período, destaco a equipe de enfermagem do Berçário de Alto Risco. No período em que acompanhei a cliente Beatriz (mãe da prematura Bianca) já mencionada, percebi um envolvimento importante de toda a equipe que lá atua. No início senti que as funcionárias deste setor estranhavam meu modo de agir frente a cliente especialmente no que diz respeito a atenção que eu dispensava à mesma, intervindo sempre que necessário. Após explicações adicionais acerca do trabalho que eu vinha desenvolvendo junto à cliente, a referida equipe que prestava assistência à Bianca, filha de Beatriz, passou a se engajar no processo de forma ativa e participativa trazendo contribuições importantes para o estudo. Várias foram as vezes em que trocamos idéias, discutimos e refletimos juntas. Neste sentido, foram até realizadas reuniões a pedido da equipe, para discutirmos em conjunto a assistência de enfermagem prestada. Com elas obtinha informações específicas acerca do estado de saúde de Bianca, de como se dava a relação do binômio mãe/filha no contexto do berçário, das reações manifestadas pela cliente frente à evolução de sua filha, entre outras. Vale realçar que a participação e o envolvimento da enfermeira chefe do setor foi importante e decisiva em todo o processo.

Em relação às clientes, neste segundo período, procurei agir de forma mais natural e espontânea possível. A proposta assistencial já internalizada, graças ao desenvolvimento do primeiro período da prática assistencial, contribuiu para que isso ocorresse. O primeiro passo que se constituía na escolha da

cliente para o estudo, fluiu naturalmente, na maioria dos casos, a partir de situações circunstanciais vivenciadas como enfermeira no campo. A cliente Bárbara por exemplo, foi escolhida quando eu me encontrava em uma das unidades de internação acompanhando alunos da V^o Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, em maio de 1990. Os mesmos prestavam assistência de enfermagem às mulheres internadas nesta unidade sob minha supervisão. Dentro deste contexto fui solicitada para conversar com a cliente Bárbara que apresentava dificuldades para amamentar e sentia-se incapaz de fazê-lo. Neste primeiro contato disse-me:

"Eu já tava preparada para não dar de mamar. Só que ela é tão esganadinha, nossa! Fica brabinha assim. Quando ela pega no peito, ela gló, gló, gló (sorrisos). Aí depois ela dorme..."

Na oportunidade falei-lhe do trabalho que vinha desenvolvendo enquanto mestranda e questionei-lhe sobre seu interesse em fazer parte do estudo. A mesma concordou e contatos subsequentes foram mantidos para dar início e continuidade da implementação do processo de enfermagem.

Outra situação diferente e vivenciada em relação à escolha das clientes foi no que diz respeito à cliente Belmira. Era uma manhã de domingo, do mês de junho de 1990. Estava em minha residência com minha família quando o telefone tocou. Para minha surpresa era a cliente Ana, que tinha feito parte do estudo no primeiro período da prática assistencial. A mesma estava telefonando para primeiro comunicar que sua irmã Belmira tinha re-

cém internado na maternidade para ganhar seu primeiro filho e segundo, para solicitar, se fôsse possível, que eu a acompanhasse na amamentação como já fizera anteriormente com a mesma. Tal fato ocasionou em mim uma dupla satisfação. De um lado, estava tendo um "feedback" concreto e positivo do trabalho que eu havia desenvolvido com Ana e por outro, estava agora sendo escolhida pela cliente o que de certo modo me entusiasmava. Desnecessário dizer que prontamente atendi o solicitado e no período da tarde deste mesmo dia fiz o primeiro contato com Belmira na maternidade dando início ao processo de enfermagem.

Também o modo como incluí a cliente Betina neste estudo foi interessante. Estava na maternidade desenvolvendo minhas atividades assistenciais, quando fui procurada por uma gestante que havia sido encaminhada por sua médica do pré-natal, para que eu lhe prestasse algumas orientações acerca do parto e do próprio funcionamento da maternidade. Era Betina. A mesma parecia ansiosa, preocupada com vários aspectos relacionados à gestação, parto e puerpério como por exemplo, o momento do parto, os cuidados com o recém-nascido e a amamentação. Sem dúvida a sua ansiedade era grande, mas a vontade de aprender e de se preparar para enfrentar bem estas etapas do ciclo gravídico-puerperal, parecia maior. Conversamos bastante neste primeiro contato de onde surgiu a idéia de lhe falar sobre o trabalho que eu vinha desenvolvendo. A mesma mostrou-se interessada e não hesitou em fazer parte do estudo. Fassei então a acompanhá-la já durante a gestação, o que embora não estivesse previsto nos critérios previamente estabelecidos, permitiu a implementação do processo de

enfermagem nas suas diferentes etapas, autorizando-me sua inclusão neste estudo.

Esses foram alguns exemplos de como se deram as escolhas das clientes neste segundo período da prática assistencial. Embora não abordasse a forma de escolha de todas as clientes, assistidas é importante realçar que as mesmas, por emergirem naturalmente da situação concretamente vivenciada na prática, se deram diferentemente uma das outras em função da especificidade e singularidade da realidade "vivenciada" por cada uma.

No que diz respeito ao meu relacionamento e envolvimento com os familiares das clientes no âmbito da maternidade, procurei neste segundo período, cultivá-lo o mais cedo possível. Isto de dava de maneira informal e espontânea por ocasião do horário de visitas. Em função das observações e reflexões pontuadas no primeiro período da prática assistencial, onde percebi que o aprendizado materno ocorre como algo intimamente ligado à transmissão de experiências já vivenciadas e provadas pelas mulheres da família, passei a prestar mais atenção para as mesmas, especialmente no que se refere a figuras da sogra e da própria mãe da cliente, quando presentes. Neste particular além de observar suas falas e seus modos de agir, procurava trocar idéias com as mesmas, valorizando sua experiência, seu saber, suas histórias de vida. Mesmo assim, houve uma que dissesse frente aos cuidados com um recém-nascido:

"Aqui na maternidade a gente obedece, faz de conta que concorda mas chegando em casa, eu vou fazer do meu jeito!"

Na realidade, isto apareceu de maneira muito forte em todo o desenvolvimento do trabalho. Percebi que existe uma verdadeira "disputa" pelo poder em função de dois tipos de saber: de um lado o saber profissional e de outro o saber popular. Dependendo da esfera onde o mesmo se dá, prevalece um ou outro. Em outras palavras quero dizer que, o poder do saber profissional na esfera de uma instituição de saúde, por exemplo, parece prevalecer sobre o poder do saber popular. Já na esfera do doméstico há uma inversão deste poder, prevalecendo o segundo sobre o primeiro. Logo, era preciso levar em conta e estar atenta a esta realidade e buscar alternativas concretas para mediá-la, sob pena de ver falida a tentativa de colocar em prática a proposta assistencial idealizada.

5.1.2.7. Aspectos gerais acerca da implementação do marco conceitual no domicílio (IIº Período)

Neste segundo período, a extensão da assistência de enfermagem à nível domiciliar se deu de forma mais segura, natural e espontânea. O cronograma rígido de visitas domiciliares previamente estabelecido de acordo com projeto inicial, por exemplo, foi substituído por um mais maleável e flexível de acordo com as especificidades das situações vivenciadas pelas clientes. Neste particular cabe-me ressaltar que houveram variações importantes quanto ao número das visitas e contatos realizados para cada cliente. Tais variações se deram principalmente em função dos déficits de competência para o auto-cuidado apre-

sentados pelas mesmas na prática do aleitamento materno. Em algumas situações cheguei a realizar de quatro a cinco visitas por cliente e em outras, embora não tivesse realizado visitas domiciliares, mantive contatos frequentes com as mesmas na própria maternidade.

No que diz respeito aos procedimentos adotados nestas visitas, procurei seguir o que já havia estabelecido para o primeiro período ou seja, após observação do meio ambiente (físico/geográfico e contextual) e dos contatos iniciais, procurava avaliar de que modo os objetivos de auto-cuidado à saúde anteriormente estabelecidos vinham sendo atendidos. A partir daí procurava determinar, através de um breve "reassessment" a demanda terapêutica do auto-cuidado da cliente, através da particularização dos requisitos de auto-cuidado (universais, desenvolvimentais tais e de desvio de saúde) e sua competência para satisfazê-la. Com base nos déficits de competência identificados, juntas estabelecíamos novos objetivos de saúde e planejávamos as ações necessárias para corrigir estes déficits. Como a maioria das clientes eram enquadradas no sistema de suporte educativo, alguns déficits de competência relacionados ao componente cognitivo eram corrigidos de imediato no transcurso da visita domiciliar ou no momento em que se davam os contatos, como por exemplo:

"Bárbara apresenta as mamas hipertensas, dolorosas e quentes. As mesmas encontram-se severamente engurgitadas com sinais evidentes de estase láctea. Diz que sua filha está sugando bem mas não consegue consumir todo o leite produzido. Refere não saber

como esvaziar as mamas e que gostaria muito de aprender".

Com base neste quadro, evidentemente a minha intervenção era imediata: após estabelecermos o objetivo de auto-cuidado à saúde específico para este déficit identificado, procurava além de fornecer-lhe explicações teóricas acerca da estrutura e funcionamento da glândula mamária, fazer demonstrações práticas de como esvaziar as mamas. Isto era seguido de uma rápida avaliação, que consistia na demonstração da técnica de esvaziamento da glândula mamária feita pela própria cliente e em si mesma.

Quanto ao envolvimento com outros elementos da família, neste segundo período, também foi marcante, sendo mais uma vez frequente a presença das avós (materna e paterna), irmãs, cunhadas e demais filhos das clientes, o que para mim já era visto, sentido e compreendido como "natural" dentro do contexto "cultural" em que vivemos. Em oposição a esse quadro observei mais uma vez, na maioria das visitas realizadas, que era rara a presença da figura masculina, a não ser quando se tratava de criança. O pai quase sempre ausente estava trabalhando. Por outro lado, senti também a ausência da figura do avô (seja materno ou paterno), mesmo quando a cliente residia próximo ou até junto a família de origem, como foi o caso de Belmira. Aliás as visitas domiciliares realizadas na casa de Belmira, que se tratava da irmã de Ana, a qual eu havia acompanhado no primeiro período da prática assistencial, foram extremamente ricas, interessantes e gratificantes. Na realidade me senti neste caso como a verdadeira "enfermeira da família". De um lado eu revia Ana e seus

familiares, após um ano de nascimento de Antonio, irmão de André (4 anos), que já estava até andando. Por outro, ampliava minha atuação como profissional neste contexto que já me era familiar, estreitando vínculos estabelecidos anteriormente e propiciando uma verdadeira relação terapêutica entre enfermeira - cliente e família.

Neste segundo período, ainda em relação as visitas domiciliares, pude experienciar situações que ampliavam meu campo de atuação. Cito a guisa de exemplo uma das visitas realizadas na residência de Bernadete, em Cacupé, um balneário localizado à 10 quilômetros de Florianópolis. Por ocasião desta visita fui solicitada a ir na casa de outra mulher da comunidade que se encontrava no sétimo dia de puerpério para "dar uma olhadinha", como diziam elas, no seu recém-nascido, que estava com uma grande alergia na pele. Embora esta visita não estivesse prevista, atendi o solicitado, tomando as providências e prestando as orientações de enfermagem que julguei necessárias.

Mas se de um lado as visitas domiciliares enriqueciam e ampliavam a experiência vivenciada, por outro algumas vezes, senti dificuldade em realizá-la. Tal dificuldade estava associada principalmente ao meio de locomoção utilizado para esta finalidade. Embora algumas vezes o fizesse, utilizando a estrutura do Banco de Leite Humano e CIAM, ou seja, a viatura e o motorista, já que eu era enfermeira do setor, às vezes isso não era possível. Em primeiro lugar por que nem sempre a cliente estaria disponível para receber-me no período matutino, período este destinado à coleta externa. Em segundo lugar, pelas próprias

condições da viatura destinada para esta finalidade, no período em que desenvolvia a prática assistencial. Para se ter uma idéia cito pequeno trecho de minhas observações extraído do diário de campo, feito por ocasião de uma visita domiciliar com a referida viatura:

"Hoje é dia 05/X/90, 6ª feira, época de apuração dos votos-eleição para governador e outros. São 8:00 horas da manhã e resolvi fazer a visita no domicílio da cliente Bernadete com a viatura do Banco de Leite Humano e CIAM. Peguei meu material e me dirigi ao pátio onde se encontrava o "Volks" da coleta. O motorista já estava me esperando. A funcionária que o acompanha na coleta externa, insiste para que eu fique sentada no banco da frente. Ao entrar no carro alguns funcionários me advertem para a poeira do mesmo; o motorista reclama que o mesmo mal pode andar, a bateria está ruim, o motor morre a cada instante e os pneus estão "carecas". Após muitas reclamações (procedentes é claro) saímos. Realmente o carro parecia que ia desmontar: a porta fazia um ruído dando a impressão que estava aberta; o banco parecia estar solto, tudo fazia muito barulho (...)"

Em terceiro e último, porque minhas visitas eram mais demoradas, o que de certo modo prejudicava o roteiro de visitas programadas pelo setor. Assim sendo, eu me via obrigada a utilizar o meu próprio carro, o que se tornava para mim muito dispendioso.

5.1.2.8. Iª Etapa - Diagnóstico e prescrição (Levantamento de dados)

Introduzidas as modificações apontadas como necessárias a partir da experiência vivenciada no primeiro período da prática assistencial, passei a realizar esta etapa com maior segurança e fluidez. A inclusão no instrumento de coleta de dados de aspectos relacionados à história de vida da mulher, bem como aos componentes do conceito de competência para o auto-cuidado nos itens referentes à particularização dos requisitos de auto-cuidado universais e de desvio de saúde, contribuíram de maneira significativa para que isso ocorresse.

As narrativas orais de vida feitas pelas mulheres, mesmo que fragmentadas e nem sempre lineares, por um lado enriqueceram a coleta de dados e por outro permitiram-me desvelar de forma mais profunda e abrangente aspectos relacionados à competência das mulheres para o auto-cuidado no aleitamento materno, tais como auto-estima, auto-conceptualização, auto-conhecimento, capacidade de memória e forma de utilização da mesma entre outros, não menos importantes e considerados imprescindíveis para o estabelecimento adequado do diagnóstico e prescrição.

5.1.2.9. IIª Etapa - Projeção e planejamento de um sistema de enfermagem

Neste segundo período a projeção e o planejamento do sistema de enfermagem foram feitos de acordo com o que já foi

mencionado no primeiro período da prática assistencial, ou seja, após identificar os déficits de competência apresentados pelas mulheres frente a demanda terapêutica do auto-cuidado, procedia a classificação e análise dos mesmos. Feito isso, projetava o sistema de assistência de enfermagem de acordo com o que preconiza OREM (1980, 1985) e em seguida dava início, juntamente com a cliente, ao planejamento propriamente dito. Nesta parte, eram estabelecidos objetivos de saúde para cada "déficit" diagnosticado. Mais uma vez, em algumas situações, os familiares dos clientes foram envolvidos nesta etapa.

5.1.2.10 - IIIª Etapa: Provisão e Controle da Assistência de Enfermagem

Se no primeiro período da prática assistencial enfrentei dificuldades, ainda que pequenas em relação à fase prática do processo de enfermagem que consiste na implementação e controle da assistência, neste segundo período pude perceber que algumas delas foram absolutamente contornadas e outras repetiram-se em função das condições sócio-econômicas das clientes.

No que diz respeito à nova filosofia assistencial, agora fundamentada na teoria do auto-cuidado de Orem, percebi que, o marco conceitual elaborado, era cada vez mais introjetado, não só por mim, como também pelas funcionárias envolvidas e clientes assistidas. Isto se dava não somente na medida em que ampliava o número de clientes, como também em função do período

em que me propunha acompanhá-las e assisti-las.

5.2. Descrição geral do universo assistido

De acordo com o que já mencionei anteriormente, neste estudo prestei assistência de enfermagem com base no marco conceitual elaborado, à dez (10) clientes, sendo que destas selecionei apenas uma, para descrever a implementação do processo de enfermagem de forma mais detalhada. Antes porém, considerei importante apresentar e comentar de forma sucinta os principais dados biográficos e características sócio-culturais do universo de mulheres assistidas.

5.2.1. Perfil das mulheres assistidas

5.2.1.1. Características biográficas

Estando numa faixa etária entre 22 e 39 anos, as mulheres bem como seus cônjuges e/ou companheiros, em sua maioria, nasceram e sempre residiram no município de Florianópolis, SC. Mesmo assim é possível verificar no Quadro VI que, das dez clientes assistidas, uma delas é natural de Florianópolis, mas reside no município de São José e outras quatro, são de origem de localidades diferentes, das quais, duas de municípios catarinenses e outras duas de municípios de outros estados brasileiros.

QUADRO VI - Distribuição das mulheres assistidas e seus cônjuges, segundo a idade, a naturalidade, local de residência, origem étnica e religião.

Grupo	Cliente	Nome	Idade		Naturalidade		Local de residência	Origem étnica		Religião
			Cliente	Cônjuge	Cliente	Cônjuge		cliente	cônjuge	
A (I ^o período)	1	Anita	27	31	Fpolis SC	Fpolis SC	Agronômica (Fpolis SC)	Italiana	Açoriana	Católica
	2	Angela	22	26	Fpolis SC	Fpolis SC	Córrego Grande (Fpolis SC)	Italiana	Açoriana	Católica
	3	Ana	23	27	Fpolis SC	Fpolis SC	Córrego Grande (Fpolis SC)	Açoriana	Açoriana	Católica
B (II ^o período)	4	Beatriz	24	-	Gaspar SC	-	Itapema SC	Italiana	-	Católica
	5	Bárbara	30	26	Porto Alegre RS	São Paulo SP	Pântano do sul Fpolis SC	Alemã	Africana	Ubandá
	6	Berenice	24	27	Fpolis SC	Fpolis SC	Centro (Fpolis SC)	Italiana	Portuguesa	Católica
	7	Belmira	22	24	Fpolis SC	Fpolis SC	Córrego Grande Fpolis SC	Açoriana	Açoriana	Católica
	8	Bernadete	31	39	Chapecó SC	Chapecó SC	Cacupé (Fpolis SC)	Alemã	Italiana	Católica
	9	Betina	29	32	Santos SP	Honduras	Centro (Fpolis SC)	Alemã	Espanhola	Católica
	10	Bruna	24	25	Fpolis SC	Fpolis SC	São José (Fpolis SC)	Africana	Africana	Católica

Destas últimas, apenas uma, ou seja, a cliente Beatriz, não residia em Florianópolis. As demais emigraram para este município em situações diferentes: a cliente Bárbara, por exemplo, emigrou há um ano destacando-se da família de origem em busca de maior liberdade, melhores condições de vida e de trabalho. Já a cliente Bernadete, mudou-se para Florianópolis há três anos, para acompanhar o esposo que havia sido convidado para assumir um cargo público importante para sua carreira profissional. E finalmente Betina, que diz ter imigrado para o referido município, acompanhando sua família de origem (mãe e irmãos) que para cá vieram também em busca de melhores condições de vida.

Em relação à origem dos cônjuges e/ou companheiros a situação é similar, constituindo-se em exceção importante, a origem e o local de residência do cônjuge da cliente Betina, que é de um outro país localizado na América Central.

No que diz respeito à origem étnica tanto das mulheres assistidas quanto de seus cônjuges e/ou companheiros é possível perceber uma nítida heterogeneidade, prevalecendo as etnias açoriana, alemã e italiana, apontando nessa medida para inserções bastante diversas.

Situada na Ilha de Santa Catarina e ocupando pequena área continental, com cerca de 12,5km² de área, a cidade de Florianópolis, local de residência da maioria (80%) das clientes assistidas, é a capital do Estado de Santa Catarina. A mesma localiza-se bem a meio da costa catarinense que possui 531km de extensão junto ao oceano atlântico e alinha-se entre as cidades litorâneas, de largo passado colonial, onde as heranças, funda-

mentalmente marcadas pela cultura açoriana¹⁶, subsistem na vida atual e na paisagem urbana com a coexistência da cidade colonial velha. O município tem por área total 451km².

De acordo com os dados do inventário da oferta turística do Estado de Santa Catarina (1989) a economia do município baseia-se no setor terciário, onde estão englobados o comércio e a prestação de serviços, especialmente os serviços públicos, devido ao fato de se constituir na capital do Estado. Entretanto, nos últimos anos, o turismo também tem concorrido como um fator importante na economia.

As clientes que residem neste município tem suas moradias fixas localizadas em bairros com diferentes características, sendo que somente duas, Berenice e Betina residiam no conglomerado urbano (centro) de Florianópolis.

Cacupé, local de residência da cliente Bernadete, é uma comunidade com características de balneário, situada ao norte e interior da Ilha, a 11 quilômetros do centro. Antes era formada por uma população, ainda que escassa, de origem açoriana, que sobrevivia de pesca artesanal e da produção agrícola em pequena escala. Hoje encontra-se ligada à capital e serve apenas como uma pequena colônia de veraneio, com algumas moradias fixas de famílias de estrato médio e baixo provenientes de áreas urbanas e interior do Estado.

O Córrego Grande, local de residência das clientes

16. Ver em VÁRZEA (1985) descrições detalhadas acerca da colonização da Ilha e grande parte do litoral catarinense feita por imigrantes açorianos, a partir do século XVIII.

Ana, Angela e Belmira, é um bairro periférico, situado a 10 quilômetros do centro de Florianópolis, com características singulares, conforme descrito por VÁRZEA (1985) já no século passado:

"O Córrego Grande singulariza-se entre todos os povoados da Ilha, pelo acidentado do terreno e os declives abruptos de seus topos de colina, sobrepondo-se uns aos outros, quase sem a menor superfície plana (...). (p.87)

Outrora, segundo este mesmo autor, os habitantes desta comunidade, na sua grande maioria de origem açoriana, tinham suas habitações quase todas suspensas nas encostas e socacos de morros. Atualmente esta localidade, sob o impacto da urbanização, embora preserve sua principal característica que é de ser um bairro essencialmente residencial, sofre modificações importantes especialmente no que se refere as áreas de ocupação e às características de sua população. No que diz respeito ao primeiro, é possível verificar que as habitações antes localizadas na sua maioria nas encostas dos morros, hoje assentam-se cada vez mais em regiões planas, em decorrência do loteamento de grandes áreas de mangue, realizado com este objetivo. Quanto à população, inicialmente caracterizada pelo predomínio de habitantes de origem açoriana, torna-se cada vez diversificada, estando hoje constituída por habitantes de diferentes etnias, ocupações e estratos sociais provenientes de diferentes regiões do Estado de SC e demais estados brasileiros.

O Fântano do Sul, local de residência da cliente Bárbara, é uma comunidade com características de balneário, localizada no interior da Ilha, a 31 Km do centro de Florianópolis.

Também conhecida como um dos principais núcleos de fixação e colonização açoriana, os habitantes desta comunidade têm como atividade principal a pesca, constituindo-se em rica colônia de pescadores. Possui também pequenos núcleos agrícolas que ainda mantém engenhos em funcionamento. Nesta localidade situa-se uma das principais reservas arqueológicas da Ilha.

A Agronômica, local de residência da cliente Anita, é um bairro periférico, com características residenciais, localizado à dois quilômetros do centro de Florianópolis.

As demais clientes, em número de duas, residem em outros municípios.

Itapema, local de residência da cliente Beatriz, é um município localizado no litoral catarinense, com 87 km², com uma distância rodoviária de Florianópolis, de 68 km. Possui características de balneário, tendo como principais atividades econômicas a pesca, a agricultura e mais recentemente o turismo. A região antigamente denominada Tapera, foi colonizada por açorianos vindos da Ilha Iriceira, senhores de escravos. Atualmente 80% de sua população é urbana.

E finalmente São José, local de residência da cliente Bruna, que é um município com 274 km² e com uma distância rodoviária do centro de Florianópolis, de 8 km. O mesmo foi fundado em meados do século XVIII, por 182 casais açorianos, que ao chegarem nessas terras iniciaram imediatamente a colonização. O comércio e a lavoura constituem-se em aspectos fundamentais da vida econômica da região. Desde sua fundação vem se mostrando um município em crescimento, tanto pelo aumento do número de habi-

tantes, quanto pela situação econômica.

5.2.1.2. Condição Sócio - Econômica

Quanto à distribuição das clientes de acordo com a condição sócio-econômica (Quadro VII), das dez que foram assistidas, a maioria (seis delas) foi considerada como pertencente ao estrato baixo. As demais, em número de quatro foram consideradas como pertencentes ao estrato médio.¹⁷

No que diz respeito ao grau de escolaridade, seis (6) tinham o primeiro grau completo, portanto a maioria; duas (2) tinham o segundo grau completo e outras duas tinham formação universitária. Em relação aos seus cônjuges e ou companheiros, a situação era quase similiar, ou seja, cinco (5) tinham o primeiro grau completo, um (1) tinha o segundo grau completo, três (3) tinham o nível superior e um (1) deles a cliente não soube informar.

Em relação a ocupação / profissão das clientes no período em que foram assistidas pude identificar que apenas quatro exerciam atividade remunerada e tinham emprego no mercado regular de trabalho: Ana e Belmira eram balconistas em uma loja de roupas;

17. Utilizei como referência para este estudo a classificação de estratos sociais elaborada por RIBEIRO (1983) para a América Latina a partir de Marx. Tal classificação está desdobrada em quatro estratos superpostos que são: estrato dominante, estrato médio, estrato baixo e estrato marginalizado. Os mesmos são determinados pelo autor de acordo com o grau de escolaridade, ocupação, previdência e condições de moradia.

Quadro VII - Distribuição das mulheres e seus cônjuges segundo o grau de escolaridade, a ocupação/profissão, tipo de previdência e condição de moradia.

GRUPO	CLIENTE	NOME	GRAU DE ESCOLARIDADE		OCUPAÇÃO/PROFISSÃO		PREVIDÊNCIA		CONDIÇÕES DE MORADIA
			Cliente	Cônjuge	Cliente	Cônjuge	Cliente	Cônjuge	
A 1º Período	1	Anita	1º Grau	1º Grau	Faxineira	Porteiro	INPS	INPS	Casa própria legal
	2	Ângela	1º Grau	1º Grau	Do lar	Func. público	INPS	INPS	Casa alugada legal
	3	Ana	1º Grau	1º Grau	Balconista	Func. público	INPS	IPESC	Casa alugada legal
B IIº Período	4	Beatriz	1º Grau	---	Do lar	---	INPS	---	Sem residência fixa
	5	Barbara	1º Grau	1º Grau	Agricultura	Fiscal M.Ambi.	INPS	INPS	Casa alugada
	6	Berenice	Superior Completo	Superior Completo	Ass. Social	Administrador	INPS	IPESC	Casa própria legal
	7	Belmira	1º Grau	1º Grau	Balconista	Func. público	INPS	INPS	Casa própria legal
	8	Bernadete	2º Grau Completo	Superior Completo	Do lar	Pedagogo	INPS	INPS	Casa própria legal
	9	Betina	Superior Completo	Superior Completo	Eng. Sanitaria	Eng. Agronomo	INPS	---	Casa própria legal
10	Bruna	2º Grau Completo	2º Grau Completo	Aux. Enfermag.	Militar	INPS	FUSA	Casa própria legal	

Betina exercia suas atividades como engenheira sanitária em uma empresa autárquica do Estado de SC e Bruna exercia suas atividades como auxiliar de enfermagem em uma instituição de saúde em Florianópolis. Estas, portanto, tinham vínculo empregatício com direito à previdência e garantias trabalhistas. Entre as demais,

uma (Bárbara) declarou-se autônoma, exercendo atividades de agricultora em propriedade minifundista. Outras três (Angela, Bernadete e Berenice) declararam limitar-se ao trabalho estritamente doméstico não exercendo qualquer atividade remunerada, mesmo Berenice que possuía formação universitária (Assistente Social). E finalmente Anita e Beatriz que se declararam desempregadas, ambas alegando como causa o período de resguardo, já que a primeira exercia atividades de faxineira e a segunda não tinha emprego fixo. A ocupação / profissão dos cônjuges também variou entre porteiro (1), militar(1), engenheiro agrônomo (1), administrador (1), funcionário público (3), pedagogo (1) e fiscal do meio ambiente (1). Todos estes, segundo as clientes, tinham emprego regular com garantias trabalhistas e previdenciárias asseguradas.

No que diz respeito à moradia, a situação vivenciada pelas clientes era a seguinte: Anita, Bernadete e Bruna residiam com o cônjuge e filhos em moradia própria, legal; Angela residia com o esposo em casa alugada (tipo "meia-água") localizada nos fundos da residência da proprietária da mesma; Beatriz, que não tinha residência fixa, inicialmente morava com uma irmã casada, cunhado e dois filhos. Após passou a residir com uma família conhecida e finalmente voltou a morar com seus pais; Bárbara residia com seu filho em casa alugada; Berenice residia com o esposo em um apartamento próprio com características de estrato médio; Belmira residia com o cônjuge em casa própria construída em terreno recebido de herança da família de origem (da cliente) e finalmente Betina que residia com duas irmãs solteiras, estudantes

universitárias, em uma apartamento próprio, já que seu companheiro retornara ao seu país de origem.

Em linhas gerais, portanto, das dez clientes assistidas, a maioria, (seis delas), residiam em moradias próprias consideradas legais; as demais, com exceção de Beatriz que não tinha moradia fixa, residiam em moradias alugadas, todas também consideradas legais.

Quadro VIII - Distribuição das mulheres segundo o estado civil, tipo e tempo de união, situação familiar e número de gestações.

GRUPO	CLIENTE	NOME	ESTADO CIVIL	TIPO DE UNIÃO	TEMPO DE UNIÃO	SITUAÇÃO FAMILIAR	NÚMERO DE GESTAÇÕES	
							nº Filhos vivos	nº tipo aborto
A Iº Período	1	Anita	Casada	Formal	13 anos	Família Nuclear Intacta	6	0
	2	Angela	Casada	Formal	1 ano	Família Nuclear Intacta	1	0
	3	Ana	Casada	Formal	5 anos	Família Nuclear Intacta	2	0
B IIº Período	4	Beatriz	Solteira	Informal	6 meses	---	1	1 provocado
	5	Bárbara	Solteira	Informal	1 ano	---	2	2 provocado
	6	Berenice	Casada	Formal	2 anos	Família Nuclear Intacta	1	0
	7	Belmira	Casada	Formal	7 meses	Família Nuclear Intacta	1	0
	8	Bernadete	Casada	Formal	16 anos	Família Nuclear Intacta	4	1 espontâneo
	9	Betina	Divorciada	Informal	5 anos	Família Recompota	1	0
	10	Bruna	Casada	Formal	7 anos	Família Nuclear Intacta	2	0

Quanto à distribuição por estado civil, é possível observar no Quadro VIII que sete (7) das clientes assistidas, portanto a maioria, estavam casadas formalmente (civil e religioso), mantendo uma situação familiar intacta¹⁸; as demais, em número de três (3), estabeleciam relações informais, sendo que destas, duas (2) já haviam rompido com o companheiro e declaravam-se solteiras, e outra dizia-se divorciada, sendo a relação atual sua segunda experiência conjugal. As solteiras estiveram no decorrer de suas vidas sucessivamente envolvidas em mais de uma relação marital (informal), sendo bastante comum terem engravidado com diferentes homens e recorrido algumas vezes à prática do aborto. Quanto à cliente divorciada, pude perceber no período em que a acompanhei que, a relação estabelecida com o seu atual companheiro, pai do neném, apresentava-se fragilizada, pouco sólida, ameaçada de ruptura.

No que diz respeito ao tempo de união, observei também certa heterogeneidade, oscilando entre seis (6) meses e dezesseis (16) anos de duração. As uniões com maior tempo de duração estavam relacionadas com as formais e com os casais com maior número de filhos, ou seja, Anita, casada há treze (13) anos tinha seis (6) filhos e Bernadete, casada há dezesseis (16) anos tinha quatro (4) filhos. A maioria das uniões formais se deram antes da ocorrência da gravidez, com exceção da cliente Belmira

18. De acordo com Visher & Visher, citados por MALDONADO (1989);
- Família recomposta ou reconstituída é aquela em que pelo menos um dos membros do novo casal tem filhos de casamentos anteriores;
- Família nuclear intacta consiste no modelo familiar onde pai, mãe e filhos são de um mesmo casamento.

que já estava grávida de três meses quando formalizou a união. O número de gestações e de filhos variava de um (1) a seis (6) havendo a ocorrência de aborto, sendo um espontâneo relatado por Bernadete e três (3) provocados, dos quais, dois praticados por Bárbara e um (1) por Beatriz. Neste particular, cito a guisa de exemplo a experiência vivenciada por Beatriz no que diz respeito a prática do aborto:

"(...) Completei dezoito anos, mal sabia da vida, me refiro a vida de mulher; eu queria saber de trabalhar, de comprar presentes pra casa, pra mim. Então noiva uns meses, pensando em marcar o casamento, descobri que estava grávida. "Que vechame"! dizia minha mãe. Era só o que ela pensava. "Os vizinhos o que vão dizer? "Eu amei a idéia de ser mãe, de gerar uma vida dentro de mim, sem saber direito como era a gravidez, o parto, sem saber, só sabia o que as amigas falavam. Então minha mãe resolveu falar com ele (meu noivo). Mas a reação, eu não esperava; ele disse: "Eu não estou pensando em casar tão cedo, ainda mais um filho!" Primeira coisa que eles pensaram foi em tirar. Eu não aceitei a idéia, me revoltei e pensava em sumir, em ter essa criança longe deles, mas por outro lado eu era mocinha nova, mal sabia alguma coisa da vida. Mesmo na hora de ir para a clínica eu pensava em ir num posto de gasolina, pedir para ir no banheiro e fugir, mas os banheiros eram perto. Deixei por conta de Deus. Chegamos no Balneário Camboriú, entramos na clínica. Primeiro o meu pai tinha ido um dia antes marcar a hora, pagar a consulta. No outro dia foi a mãe e eu. Na hora de deitar na mesa, ou melhor, na maca, eu ficava com medo de fechar o olho e não abrir mais pelo pecado que eu estava fazendo, mas por mim eu não teria ido. Então coloquei na cabeça que o pecado mais era deles (dos meus pais) e não meu. Quando acordei senti uma dor de barriga, então o médico já tinha mexido por dentro de mim, tirado o neném. Foi uma sensação muito ruim, que não dá pra explicar e que jamais vou esquecer!"

Tal depoimento mostra-se impregnado de valores e princípios (morais, éticos, religiosos e sociais) frente a prática do aborto.

Sumarizando o exposto, o perfil das mulheres assistidas apresentou as seguintes características:

- faixa etária compreendida entre 22 e 31 anos;
- em sua maioria sempre residiram no município de Florianópolis;
- origens étnicas bastante diversificadas, prevalecendo as etnias alemã, açoriana e italiana;
- quanto à condição sócio-econômica a maioria (6 delas) foi considerada como pertencente ao estrato baixo, sendo as demais, em número de quatro, consideradas como pertencentes ao estrato médio.
- no que diz respeito ao grau de escolaridade, seis (6) tinham o primeiro grau completo, duas tinham o segundo grau completo e outras duas tinham formação universitária.
- em relação à ocupação/profissão das clientes apenas quatro (4) exerciam atividade remunerada com emprego no mercado regular de trabalho; das demais, uma declarou-se autônoma e outras três referiram limitar-se ao trabalho doméstico;
- quanto à moradia, a maioria (9 delas) residiam em moradias próprias e ou/alugadas consideradas legais; apenas uma declarou não ter moradia fixa;
- no que diz respeito ao estado civil, a maioria (em número de sete) estavam casadas formalmente mantendo uma situação familiar intacta; as demais em número de três estabeleciam relações informais.

- o tempo de união oscilou entre seis meses e dezesseis anos de duração;
- em relação ao número de gestações e de filhos, variou de um (1) a seis (6) havendo a ocorrência de abortos, sendo um espontâneo relatado por uma das clientes, e outros três provocados, dos quais dois (2) foram praticados por uma mesma cliente e o outro por uma outra cliente.

5.2.2. Descrição de um Processo de Enfermagem

(situação/cliente Anita)

Inicialmente, antes de apresentar as diferentes etapas do processo de enfermagem desenvolvido com a cliente Anita, de acordo com o marco conceitual elaborado, gostaria de tecer alguns esclarecimentos aos quais considero de real importância para uma melhor compreensão da descrição que farei a seguir:

1. Ao todo foram realizados sete encontros com Anita dos quais quatro na maternidade e três no domicílio.
2. Antecedendo a descrição das diferentes etapas do processo de agenciar o sistema de auto-cuidado de Anita, relato em linhas gerais em que circunstâncias se deu o meu primeiro encontro com a mesma.
3. Posteriormente com base nos dados brutos coletados nos vários encontros através da observação, entrevista, consulta ao prontuário e exame físico, relato como se deu o processo de agenciar o sistema de auto-cuidado de Anita, incluindo as diferentes etapas do processo de enfermagem na maternidade e

domicílio.

4. E finalmente apresento à guisa de exemplo, um resumo das diferentes etapas do processo de enfermagem referente aos déficits de competência para o auto-cuidado apresentados por Anita, relativos a um dos requisitos de auto-cuidado universal, ou seja, à manutenção do influxo suficiente de alimentos.

.Anita e eu rumo ao auto-cuidado.

O meu primeiro contato com Anita se deu numa terça-feira, dia 27/02/89, pela manhã. O dia estava ensolarado, a temperatura ambiente bastante elevada ($\pm 28^{\circ}$ C) e fazia muito calor. Eram aproximadamente dez horas e eu me encontrava na maternidade na unidade de internação de apartamentos desenvolvendo minhas atividades assistenciais, quando fui chamada ao Banco de Leite Humano e CIAM através do telefone por uma funcionária do setor. A mesma solicitava minha presença para atender uma mãe que procurava orientação para desmamar seu filho alegando que o mesmo já estava com um ano e dois meses de idade e que não sabia como proceder. Dirigi-me até lá e ao chegar na sala de recepção e triagem percebi a presença de duas mulheres sentadas no banco: uma primeira de aparência jovem, cabelos lisos de comprimento até os ombros, morena, toda trajada de branco e uma segunda que estava sentada ao seu lado, também de aparência jovem, de estatura média, morena clara, cabelos lisos e curtos, vestida com uma camisola de nylon, cor azul claro, com um recém-nascido no colo. Logo que entrei na sala a mulher trajada de branco ques-

tionou se era eu a enfermeira Vanda. Respondei-lhe que sim e perguntei-lhe em que poderia ajudá-la. Ela relatou a situação e pediu ajuda e orientação de como proceder para desmamar seu filho. Escutei-a atentamente e após analisar o exposto orientei-a de acordo com a rotina adotada no setor: esvaziar bem as mamas, enfaixá-las, fazer aplicações de gelo (3 x ao dia \pm 20') sobre as mesmas, diminuir a ingestão de líquidos, não estimular a região mamilo-areolar e procurar substituir os horários das mamadas por atenção, carinho ou outra forma de contato com a criança. A cliente ouvindo atentamente parecia compreender e aceitar as recomendações. Falou que estava um pouco preocupada com o filho porque ele estava acostumado a mamar todas as noites. Expliquei-lhe que no início o desmame é difícil mesmo, tanto para a mãe quanto para a criança, mas depois ambos superam as dificuldades. Aparentemente satisfeita a cliente agradeceu e disse então que ia embora porque tinha dado uma "fugidinha" do trabalho (é funcionária de uma clínica de reabilitação) e deixado pacientes lhe aguardando.

Ao se retirar voltei minha atenção para a outra mulher que se encontrava no banco com o neném no colo e lhe perguntei se já tinha sido atendida. Ela disse que só queria mesmo era ver o que estava acontecendo com ela pois achava que não tinha leite suficiente. Como não consigo mais atender as mulheres dirigindo minha atenção somente para as "mamas" em função da concepção do marco conceitual, fiz-lhe algumas perguntas de acordo com o mesmo seguindo mentalmente o instrumento elaborado. Em uma fase inicial fiz-lhe perguntas relacionadas a sua identificação: no-

me, idade, estado civil, número de filhos, entre outras. A mesma me disse que seu nome era Anita, tinha 27 anos, era casada (no civil e religioso), e que tinha estudado até a 4ª série do 1º Grau. Era natural de Florianópolis-SC, onde mantinha residência fixa com o esposo e seus filhos. Religião católica praticante, ocupação atual do lar. Disse que sua origem étnica era italiana. Ao ser questionada sobre seu cônjuge, informou que o mesmo tinha 34 anos, era de cor branca, estado civil, casado, escolaridade primeiro grau completo. Era natural de Florianópolis-SC. Religião católica praticante, ocupação atual porteiro de um edifício residencial. Era de origem étnica açoriana. Endereço atual do casal: bairro Agrônômica.

Em seguida procurei particularizar os requisitos de auto-cuidado (universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde) tudo muito rapidamente, buscando identificar a sua competência para o auto-cuidado no aleitamento materno, sem no entanto me preocupar em registrar os dados. Nossa conversa, bastante informal durou aproximadamente 30'. A cliente pareceu-me bem comunicativa, falante, interessada e com vontade de externar seus sentimentos, falar de suas experiências, enfim do seu cotidiano. Expressava um carinho muito grande pelos filhos, em especial pelo recém-nascido que segurava no colo. Diante desta espontaneidade e vontade de falar de si, surgiu a idéia de lhe falar sobre o meu estudo e questionar-lhe sobre o interesse em fazer parte do mesmo. Antes porém, examinei-lhe as mamas a fim de avaliar a ocorrência ou não de hipogalactia. As mesmas apresentavam-se normotensas, com presença de colostro em quantidade moderada e

ainda sem sinais de apojadura. Procurei tranquilizá-la pois segundo minha avaliação estava tudo dentro dos limites da normalidade uma vez que a mesma ainda se encontrava nas primeiras 48 horas após o parto e que a apojadura ("descida do leite") poderia ocorrer até aproximadamente 72 horas após o mesmo. Enfatizei entretanto, a necessidade da adoção de algumas medidas para estimular a acelerar o processo de galactogênese, como por exemplo: aumentar ingestão hídrica, alternar os seios durante as mamas, procurar ficar tranquila, relaxada, alimentar-se bem, entre outras.

Feitas as orientações informei-lhe que além de enfermeira do Banco de Leite Humano e CIAM, eu era aluna do curso de mestrado em Enfermagem e que estava desenvolvendo um estudo junto às mulheres na prática do aleitamento materno, inclusive com acompanhamento domiciliar. Expliquei-lhe sucintamente sobre a filosofia (centrada no auto-cuidado), os objetivos e metodologia e questionei-lhe sobre seu interesse em fazer parte do mesmo. Sem vacilar ou fazer qualquer questionamento Anita não somente concordou como também demonstrou grande interesse em participar:

"Ah, gostaria sim! Agora que fiz ligadura e que não vou ter mais filhos, quero mais é curtir bem esse aqui (sorrisos). Quero muito dar o leite do peito para ele, o tempo que ele quizer. Se a senhora quizer me acompanhar acho que vai ser bom. Assim eu ajudo a senhora a fazer o seu estudo e a senhora me ajuda a eu cuidar de mim mesma enquanto estiver amamentando, é isso?"

Respondi-lhe que sim e combinamos então que a tarde eu a procuraria na unidade de internação para darmos continuidade a

nossa conversa e início ao desenvolvimento do processo de enfermagem propriamente dito, uma vez que já estava próximo do horário do almoço. Nos despedimos e ela voltou para a unidade com o neném.

. Agenciando o sistema de auto-cuidado de Anita

Eram aproximadamente 13:30 horas do dia 27/02/89 quando fui procurar Anita na unidade de internação para dar início à implementação do processo de enfermagem. Como a mesma já havia me informado que estava internada na Unidade I, fui diretamente para lá. Consultei previamente os prontuários que se encontravam numa pequena ante-sala na unidade e constateei que seu leito era o de número dois. Também constateei que a unidade, com capacidade para 12 (doze) leitos, estava no momento com apenas duas pacientes internadas, entre as quais uma era Anita. Esta unidade, que era destinada a receber mulheres submetidas à cesariana, apresentava as características de uma unidade de internação hospitalar, conforme já descrevi anteriormente. O local (meio ambiente físico) onde se encontrava internada a cliente Anita, estava mobiliado com duas camas (tipo Fowler), uma mesa de cabeceira, um suporte de soro, uma escada com dois degraus e duas cadeiras. Apresentava uma janela tipo basculante (alta) com cortina, igual as que circundam toda a unidade. As divisórias laterais de madeira cor azulão estavam ligadas por uma cortina de tecido igual aos das janelas. No momento, embora o local estivesse bem ventilado, a temperatura permanecia elevada. Ouvia-se ruídos de car-

ros que transitavam nas ruas próximas à unidade, conversa de pessoas adultas e choros intermitentes de recém-nascidos. O local apresentava-se limpo. Ao me dirigir ao leito de Anita percebi que a mesma não se encontrava no mesmo e nem próximo a ele e que a cama localizada ao lado da sua estava desocupada. Procurei-a pelas imediações e não a encontrei. Resolvi então perguntar para a outra paciente que ali se encontrava (leito 6), se tinha conhecimento sobre o local onde estava Anita. A mesma informou que ela tinha ido à farmácia da maternidade para pegar remédios. Resolvi ir ao seu encontro. De longe já a avistei no final do corredor se dirigindo para o sentido contrário em relação ao local onde estava internada. Dirigi-me até ela cumprimentei-a e questionei-lhe para onde se dirigia. A mesma, sorridente e com um jarro de água na mão, informou que iria até o bebedouro para enchê-lo de água, pois como eu havia lhe orientado, deveria tomar bastante líquidos. Ofereci-lhe ajuda e voltamos vagarosamente conversando, já que a mesma deambulava com certa dificuldade devido à incisão operatória recente decorrente da cesariana. Questionei-lhe sobre o neném e a mesma informou que o mesmo estava no momento no berçário.

Ao chegarmos na unidade perguntei-lhe se preferia deitar-se ou sentar-se e a mesma referiu preferir ficar sentada. Assim sendo aproximei outra cadeira de Anita sentei-me ao seu lado e dei início à primeira etapa do processo de enfermagem ou seja ao diagnóstico e prescrição (levantamento de dados).

Conforme instrumento elaborado para esta finalidade iniciei o levantamento de dados abordando em primeiro lugar os

requisitos de auto-cuidado universais, em seguida os requisitos de auto-cuidado de desenvolvimento e por último os requisitos de auto-cuidado de desvio de saúde.

Em relação aos requisitos de auto-cuidado universais também procurei obedecer a seqüência estabelecida no referido instrumento, iniciando com os requisitos de auto-cuidado relativos à manutenção do influxo suficiente de ar. Logo de início, entretanto, senti que poderia ser mais interessante e motivador para a cliente se iniciasse o levantamento de dados pelos requisitos de auto-cuidado desenvolvimentais, uma vez que o momento vivido e intensamente sentido por ela privilegiava aspectos relacionados com estes requisitos. Mesmo assim como já havia iniciado, resolvi dar continuidade de acordo com o que já havia estabelecido, valendo esta observação contudo para situações vivenciadas posteriormente com outras clientes.

Assim sendo, dentro de um clima tranquilo e de cordialidade a mesma foi respondendo aos questionamentos e parecia estar feliz por ter alguém interessada em ouvi-la, a "falar de si mesma". Esta etapa inicial teve a duração aproximada de uma hora e meia o que considerei bastante produtiva e foi realizada através de entrevista, consulta ao prontuário, observação e exame físico. Obviamente que no período em que conversávamos embora a unidade estivesse bastante calma, ocorreram algumas intervenções. A primeira delas foi logo no início, aproximadamente às 13:40 horas quando a funcionária do Berçário trouxe o neném de Anita para ficar junto com ela. O mesmo apresentava-se tranquilo, até sonolento sendo que inicialmente Anita segurou-o no co-

lo, demonstrando carinho, deslizando sua mão sobre seu rosto. Em seguida colocou-o sobre a cama. No momento demonstrou preocupação em relação à amamentação e questionou-me:

"Será que ele não está com fome?
Ele mamou já fazem quase três horas e eu nem tenho quase leite!"

Procurei tranquilizá-la mais uma vez e reforcei a necessidade de manter-se calma, ingerir bastante líquidos, alimentar-se bem e quanto ao neném disse-lhe que quando o mesmo sentisse fome ele manifestaria. Dei prosseguimento ao levantamento de dados até aproximadamente 14:20 quando chegou o lanche da tarde. Interrompemos por mais alguns minutos nossa conversa para Anita tomar o café. Aproveitei a presença da funcionária do Serviço de nutrição e dietética da maternidade para solicitar que trouxesse chá de erva doce para Anita para que a mesma pudesse ingerir nos intervalos das refeições. Tal solicitação foi prontamente atendida e Anita agradeceu-nos.

Às 15:00 horas o neném começou a chorar. Imediatamente Anita pegou-o no colo e ofereceu o seio esquerdo. O mesmo sugou com voracidade ($\pm 15'$) até que satisfeito adormeceu novamente. Foi então colocado sobre a cama da mãe por ela mesma. Percebi que Anita ficara mais tranquila pelo fato de o neném ter mamado.

Pensei que no horário de visitas que era das 15:00 h às 16:30 horas eu teria oportunidade de conhecer familiares de Anita mas neste dia isto não foi possível pois ninguém veio visitá-la. Questionei-lhe sobre o assunto e a mesma informou-me

que seu marido embora estivesse de licença paternidade não poderia vir visitá-la porque estava em casa cuidando dos seus outros cinco filhos. Às 17:10 aproximadamente chegou outra refeição (jantar). Anita alimentou-se e enquanto isso eu fazia algumas anotações.

Neste dia permaneci com Anita até às 17:30 e pude dar início ao processo de agenciar o sistema de auto-cuidado da mesma, não só no que diz respeito à Iª etapa do processo (diagnóstico e prescrição) mas também às etapas subsequentes. Isto porque à medida que alguns déficits de competência para o auto-cuidado no aleitamento materno eram identificados, outras etapas do processo de enfermagem eram implementadas.

Ao me retirar da unidade às 17:30 me despedi de Anita que com um sorriso agradeceu-me e disse que estaria me esperando no dia seguinte pela manhã, conforme já havíamos combinado.

No que diz respeito aos dados coletados neste dia referentes aos requisitos de auto-cuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde, pude através da análise dos mesmos identificar os "assets" (aspectos positivos) e os "déficits" de competência para o auto-cuidado apresentados por Anita frente à demanda terapêutica do auto-cuidado no aleitamento materno.

Dada a importância que atribuo aos mesmos para a devida compreensão das diferentes etapas do processo de enfermagem passarei a descrevê-los a seguir. Antes porém apresentarei a síntese dos dados relativos aos requisitos de auto-cuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde apresentados por Anita.

Em relação à manutenção do influxo suficiente de ar pude constatar que Anita apresentava as seguintes condições físicas relativas ao sistema respiratório: eupneica, com frequência respiratória de 18 movimentos respiratórios de ritmo regular e boa expansão pulmonar. Os sons pulmonares eram normais e audíveis nas partes anterior e posterior do tórax. Referiu preocupação com a qualidade do ar inspirado e com o ambiente quando questionada sobre o assunto:

"Sem o ar a gente não vive, mas eu penso que é importante que esse ar seja puro, sem poluição. Eu me preocupo com isso. Onde eu moro, parece que não tem poluição. Fica no alto de um morro, com muitas árvores no local, a senhora vai ver!"

A mesma demonstrou conhecimento acerca da importância da manutenção do influxo suficiente de ar, dos efeitos maléficos do fumo sobre a sua saúde, a saúde do neném e lactação; das alterações que ocorrem com o sistema respiratório no puerpério e das medidas de prevenção para distúrbios respiratório. Negou tabagismo, outros vícios e hábitos que pudessem interferir na respiração:

"Lá em casa ninguém fuma. Além de fazer mal pra saúde, também não temos dinheiro pra ficar gastando com vícios. Temos muitos filhos pra criar! (...) Sei que o cigarro causa muitas doenças e não é só cancer do pulmão não como muita gente pensa. A mulker grávida, por exemplo, quando fuma dizem que ela passa nicotina para o neném e quase sempre ele nasce fraquinho e muito pequenininho. Assim aconteceu com uma prima minha."

Quanto ao nível de motivação para se engajar em operações de auto-cuidado relativas à manutenção do influxo suficiente de ar, Anita demonstrou ser satisfatório.

"(...) procuro sempre manter minha casa bem ventilada, com as janelas abertas. Outro cuidado que sempre tenho é com a limpeza da casa: procuro sempre passar pano molhado no chão e nos móveis para tirar o pó (...) Quanto aos cuidados comigo mesma, gosto de respirar bem fundo e soltar devagarinho, isto faz muito bem para os pulmões e também ajuda a gente a relaxar. Até ensino para os meus filhos."

No que diz respeito à manutenção de influxo suficiente de água a mesma referiu ingestão líquida diária de aproximadamente dois litros por dia. Disse-me que com a amamentação sentia muita sede e entre os líquidos preferidos referiu a água. Ao examinar sua pele e mucosas, observei que as mesmas apresentavam-se hidratadas com turgor e elasticidade normais. Demonstrou capacidade cognitiva e motivacional acerca da importância da manutenção do influxo suficiente de água bem como da relação existente entre a quantidade de ingestão hídrica e a produção láctea:

"(...) eu penso que tomar líquidos é necessário pro corpo da gente funcionar direitinho; por exemplo, quem não toma líquidos pelo o que eu sei, pode ficar desidratado; Outra coisa, agora que eu tô amamentando, eu sei que a quantidade de líquido que eu tomar, pode ser água, chá, leite, ou qualquer outro, vai ajudar na quantidade de leite que eu vou produzir. (...) eu tomo bastante líquido, principalmente água."

Em relação à manutenção do influxo suficiente de alimentos Anita apresentava as seguintes condições físicas: aspecto geral alerta, com boa disposição, peso normal para altura, idade e constituição corporal (peso=52kg, altura = 1,58 cm). Postura semi-ereta, braços eretos, músculos normotróficos, firmes com bom tonus, com excessão da região abdominal que se encontrava ligeiramente flácida em decorrência de cesária recente. As condições dentárias apresentavam-se precárias: presença de cáries e fratura nos dentes centrais superiores. Não usava próteses. Referiu fazer visitas ao dentista esporadicamente. Padrão de ingestão alimentar irregular, condicionado à disponibilidade de recursos para obter os alimentos. Quanto às refeições diárias, Anita referiu fazer da seguinte maneira:

"Manhã: tomo café com leite; às vezes quando tem pouco leite em casa e não temos condições de comprar, deixo o leite para as crianças; aí tomo café preto mesmo;
Almoço: eu faço arroz, carne e feijão. É claro que nem sempre dá pra comer carne. E até o feijão hoje em dia é difícil de comprar. Está muito caro;
Tarde: tomo café com leite;
Noite: quando dá a gente janta."

Entre as limitações para uma alimentação adequada referiu a renda familiar. Demonstrou falta de conhecimento sobre os alimentos como fonte de nutrientes necessários para o organismo e inadequada compreensão do papel da nutrição sobre a lactação, sua saúde e bem estar. Desconhecia a existência de programas de auxílio nutricional na comunidade. Negou tabus alimen-

tares associados à lactação. Entende que este período não impõe restrições alimentares. Referiu ter bom apetite, aceita bem os alimentos de modo geral e manifestou desejo em obter uma nutrição adequada. Negou alergias ou intolerâncias alimentares e referiu possuir boa área em sua residência para o cultivo de verduras, plantas, hortaliças e frutas.

Quanto aos aspectos relacionados à provisão de cuidados associados com os processos de eliminação de excreção, em relação ao funcionamento intestinal Anita referiu eliminação regular normal com frequência de duas vezes ao dia (uma pela manhã e outra a noite). Acrescentou que inclusive agora, no pós-operatório (cesária) já tinha conseguido evacuar duas vezes. Negou qualquer distúrbio referente a eliminação intestinal (diarréia, obstipação, sangramento, hemorróidas). Demonstrou conhecimento sobre a relação existente entre as eliminações e a quantidade e qualidade de líquidos e alimentos ingeridos. Sabia por exemplo que determinados alimentos como repolho, maçã e goiaba tem efeito obstipante e que a laranja, o caldo de ameixa preta, o mamão agem como laxantes. No que diz respeito à função urinária negou qualquer tipo de distúrbio (disúria, ardência miccional, retenção, incontinência, infecção). Referiu uma produção urinária diária aproximada de um litro e meio, o que está dentro dos limites da normalidade. Em relação a frequência, afirmou ser variável, oscilando entre quatro a seis vezes ao dia. As características da urina no momento do exame eram difíceis de descrever e avaliar, uma vez que a mesma apresentava-se misturada com lóquios sanguinolentos. Negou distúrbios ou alterações genitais.

No que diz respeito aos hábitos higiênicos após as eliminações referiu que costuma limpar-se utilizando papel higiênico no sentido ântero-posterior e também "tomar banho por baixo" com água corrente de 3 ou 4 vezes por dia.

Em relação à manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso, Anita demonstrou conhecimento acerca da importância de estabelecer e manter equilíbrio entre atividade e repouso, mas confessou que, muitas vezes mesmo motivada, nem sempre é possível alcançá-lo, pois normalmente tem excesso de trabalho na esfera doméstica:

"Acordo às 6 horas da manhã, faço o café para o meu marido, passo a roupa dele; depois cuido das crianças, arrumo a casa, lavo a roupa, faço o almoço, arrumo a cozinha, passo a roupa da casa, faço o café da tarde e assim vai até às 23:00 horas mais ou menos quando vou dormir (...). Normalmente não costumo descansar durante o dia. Não tenho ninguém pra me ajudar; as crianças que ficam em casa ainda são muito pequenas e meu marido fica o dia todo fora, só volta a noite pra dormir. Nos finais de semana é que ele fica em casa e me ajuda um pouquinho."

Quanto às atividades que desenvolve a nível domiciliar disse ainda que não sentia dificuldades e até gostava de realizá-las, mas as vezes tornavam-se cansativas:

"Eu gosto do que eu faço; não sou de ficar matando o serviço, só que tem hora que cansa; todo dia cozinhar, lavar e passar roupa, cuidar das crianças, da casa e assim por diante, sem ninguém pra ajudar, não é fácil. Mas mesmo assim é o que eu gosto."

Referiu que habitualmente dorme em média 7 horas/dia e que possui sono tranquilo, "pesado", o que deverá ser alterado nos próximos meses em função do neném que acaba de nascer. Quanto as condições do ambiente físico no domicílio, relatou que as mesmas favorecem o atendimento das necessidades de sono e repouso: tem um quarto privativo sendo que dorme em uma cama de casal com o marido. O quarto embora pequeno, apresenta condições sonoras, de temperatura e luminosidade adequadas ao seu padrão pessoal de sono.

Na maternidade, local onde se encontrava no momento, embora não tivesse que lavar, passar, cozinhar, arrumar a casa e cuidar dos filhos, não conseguia atender satisfatoriamente, os requisitos de auto-cuidado relativos à manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso, em função das condições do meio ambiente:

"(...) a noite eu não tenho conseguido dormir pois esta sala é muito quente, tem muito mosquito e fazem muito barulho; é um tal de neném chorando, de mães conversando, funcionárias entrando e saindo (...) é uma loucura!"

Demonstrou preocupação quanto ao seu retorno ao domicílio pois não conta com um sistema de apoio para realizar as atividades domésticas, nem mesmo no período de resguardo. Isto porque pude perceber que a divisão do trabalho doméstico obedece ainda aos rígidos padrões de valores atribuídos até bem pouco tempo em nossa sociedade aos gêneros masculino e feminino, ou seja, o primeiro como provedor das condições essenciais para a manutenção da segurança doméstica e o segundo como peça central

das tarefas de cuidar da casa, dos filhos, cozinhar (transformar o cru em cozido).

Anita referiu que antes de casar trabalhava como empregada doméstica. Iniciou esta atividade com 12 anos. Depois que casou passou a fazer faxina como diarista:

"Eu ainda era criança, nem tinha ficado mo-
cinha ainda quando comecei a trabalhar como
doméstica. Tinha 12 anos. Minha família era
pobre, minha mãe tinha dezesseis filhos e eu
tive que me virar bem cedo.
(...) Depois que casei aí parei de trabalhar
como doméstica, assim de ficar o tempo todo
na casa da patroa. Passei a trabalhar como
faxineira, tipo diarista (...) Sempre que
dava eu pegava faxina porque era um dinhei-
rinho a mais que entrava em casa e também eu
gostava de trabalhar fora."

Atualmente declarou-se desempregada em função do pe-
ríodo de resguardo em que se encontrava, mas disse que logo que
tiver em condições voltará às suas atividades de faxineira. Dis-
se também que seu esposo não gosta muito que ela trabalhe fora,
mas como é preciso, ele aceita. Em relação às atividades de la-
zer, relatou que de vez em quando vai à casa de sua mãe e às ve-
zes vai a missa aos sábados. Mas o que gostava mesmo era de fi-
car em casa com os filhos.

No que diz respeito aos aspectos relacionados à manu-
tenção do equilíbrio entre recolhimento e interação social con-
versamos sobre a composição familiar. Anita considerou que a
mesma está constituída pelo casal, os filhos e a família de ori-
gem (dela e do esposo). Na sua concepção todos formam sua famí-
lia:

"Ah, família pra mim são os meus filhos, o meu marido, os meus pais, meus irmãos, os pais do meu marido, os irmãos dele, os meus avós, os avós dele, os meus primos, os primos dele e assim por diante. Família pra mim são todos eles."

Anita disse que sua família de origem é extensa e está constituída pelos seus pais e mais dezesseis filhos: nove mulheres e sete homens. Das mulheres ela é a mais velha, sendo que dos homens, dois são mais velhos que ela. Quanto à família de origem do seu esposo diz que a mesma está constituída pelos pais e mais cinco filhos: duas mulheres e três homens, sendo que seu esposo é o mais velho.

O núcleo doméstico da família de Anita entretanto, está constituído apenas pelo esposo e seus seis filhos: Adriana (9 anos), Adriano (8 anos), Alexandre (7 anos), Andréia (4 anos), Alice (3,5 anos) e o neném que acaba de nascer e que ainda não colocou nome. Portanto moram ao todo em sua residência oito pessoas, das quais, a maioria crianças, consideradas dependentes de cuidados parentais. Embora Anita tenha referido bom relacionamento com todos, apontava Adriano (8 anos) como o mais amigo, o melhor companheiro:

"Eu não sei o que é, nem sei mesmo explicar, mas o Adriano parece que entende melhor as coisas, é mais maduro; ele sempre se preocupa comigo, é mais amigo está sempre do meu lado."

Do tipo nuclear intacta, a família de Anita seguia aos padrões tradicionais vigentes na sociedade ocidental: instituída formalmente através do casamento (perante autoridades civis e religiosas), funcionava como uma unidade formada por indivíduos que cumprem determinados papéis, cabendo ao homem assumir o papel de provedor enquanto marido-pai e à mulher assumir os cuidados com a casa e filhos enquanto esposa/mãe, conforme já mencionei anteriormente. A dinâmica das relações no interior da família se dava, segundo Anita, de forma harmônica e carinhosa. Internamente já vivenciaram várias crises provocadas principalmente pela perda do emprego do "chefe da família", embora isto não tenha sido motivo para o desagregamento da mesma. Anita disse que apesar das dificuldades sócio-econômicas enfrentadas, sentia-se feliz no casamento:

"Estou casada há 13 anos. Ele foi o meu primeiro namorado. Durante esse tempo todo de casamento eu posso dizer que sou uma mulher feliz. Ele me trata bem, me respeita. Não bebe, não tem vícios e pelo o que eu sei, nunca me traiu com outra mulher. Antes eu cuidava da casa dos outros, dos filhos dos outros. Hoje, mesmo com dificuldades, eu cuido da minha casa, do meu chão, do meu marido. E isso para mim é o que importa!"

Quanto às características sócio-culturais das famílias de origem, Anita disse que a sua migrou há 30 anos do município de Bom Retiro para Florianópolis, onde foi morar na Agronômica, bairro residencial periférico do mesmo município. De acordo com Anita os mesmos vieram em busca de melhores condições de vida e de trabalho. Seus pais são de origem italiana. Já a família do

esposo de Anita é natural e sempre residiu no município de Florianópolis.

Em relação à situação econômica das famílias de origem, Anita disse que tanto a dela quanto a do esposo, são "famílias pobres". Disse que seu pai era pedreiro e que sua mãe era do lar. Todos os dois, ressaltou, eram analfabetos. Quanto aos pais do seu esposo disse que o sogro, com escolaridade de primeiro grau, trabalhou quase a vida toda como vigia e sua sogra, também analfabeta, era "do lar". Ambas as famílias possuíam casa própria construída em terreno considerado legal.

No que diz respeito à relação desenvolvida com as famílias de origem, Anita referiu que mantinha poucos contatos, tanto com a sua família quanto com a família do seu esposo. Não tinha o hábito de procurá-los ou visitá-los. Com pouca frequência visitava a casa de seus pais que ficava próxima ao local onde reside. Por outro lado, disse também que os mesmos raramente a procuravam:

"Eu não sinto vontade de sair de casa, de fazer visitas. Gosto de ficar na minha casa com meus filhos. Acho que com eles acontece a mesma coisa."

Quanto à relação com o grupo de pares (amigos, pessoas da mesma idade, vizinhas e outros) Anita referiu não ter muitas amizades, nem mesmo com os vizinhos. Não participava de atividades comunitárias. Demonstrou pouca motivação para estabelecer equilíbrio entre recolhimento e interação social.

Em relação à promoção do funcionamento e desenvolvimento normais, observei que Anita apresentava aspecto geral saudável, encontrava-se lúcida, receptiva e com boa disposição. Sua aparência higiênica era satisfatória, estava com vestuário limpo, adequado para a situação e temperatura ambiente. Sinais vitais no momento apresentavam-se estabilizados, dentro dos limites da normalidade: pulso cheio, rítmico, com 78 bat/min; PA = 120 x 70 mmHg; respiração normal, com 18 mov/min e T_{ax} = 36,2^o C. Estrutura e funcionamento dos sistemas cardiovascular, respiratório e digestivo aparentemente normais. Embora os sistemas músculo-esquelético e intertegumentar pudessem ser considerados normais, estavam com seu funcionamento limitado (locomoção, motilidade e integridade cutânea) em função da incisão cirúrgica abdominal decorrente de cesariana recente. Quanto aos órgãos dos sentidos, apresentavam-se íntegros e funcionando normalmente. Referiu boa acuidade visual e auditiva. Negou qualquer distúrbio anterior relacionado à audição e visão. Nunca usou óculos com lentes de grau e enxergava bem à distância. O mesmo ocorria com o tato, o olfato e a gustação: referiu ótima sensibilidade e percepção ao toque, ao odor e ao gosto. órgãos de reprodução em fase de involução (loqueação e involução uterina) e progressão (lactação) com características normais. Quanto à atividade sexual, negou qualquer distúrbio ou dificuldade (dispareunia, anorgasmia, diminuição do desejo sexual). Referiu manter relações frequentes com o esposo. Negou tabus associados ao funcionamento sexual e à sexualidade. Acredita que poderá manter relações sexuais com o esposo após 20 a 30 dias de resguardo. Em re-

lação ao método anticoncepcional a ser adotado, referiu que optou em comum acordo com o esposo, por um irreversível (laqueadura das trompas) o que a deixava despreocupada para o futuro.

No que diz respeito à utilização dos serviços de saúde, no sentido de promover o funcionamento e desenvolvimento normais, com excessão do acompanhamento no pré-natal, disse que só procurava em caso de doença mais grave, na presença de dor física ou algum distúrbio da saúde, quando não conseguia resolver com remédios caseiros (chás, utilização do calor e frio, simpatias e benzimentos.). Normalmente os serviços que utilizava eram os da rede pública já que tinha como instituto de previdência o INAMPS. Na sua opinião estes serviços de um modo geral prestavam assistência de pouca qualidade o que era agravado com as greves frequentes. Disse que durante a gestação estava bastante motivada e consciente da importância das consultas no pré-natal para a sua saúde e a do bebê, mas deixou de ser atendida em três consultas em função das greves. O mesmo se dava quanto às consultas ao dentista:

"É muito difícil pegar um número pro dentista e mesmo assim quando não estão em greve não é qualquer tratamento que fazem."

Ao ser questionada sobre os fatores de risco relativos aos tumores ginecológicos mais incidentes em nosso meio, bem como os de pele e cavidade oral alegou falta de conhecimento. Negou etilismo.

Referiu menarca aos onze (11) anos com início da atividade sexual aos 15 anos. Ciclo menstrual 30/4. Negou corrimento vaginal, sangramento e doenças sexualmente transmissíveis anteriores. Disse que durante a gestação fez uso somente de medicamento anti-emético no primeiro trimestre, mas não sabia informar o nome. Não apresentou nenhum desvio de saúde durante a gravidez. No que diz respeito ao preparo para amamentar neste período, referiu que não teve nenhum tipo de preparo ou cuidado, isto por achar desnecessário uma vez que nunca teve problemas ao amamentar:

"Nunca saiu nada no peito antes; calor de figo; rachadura, zipras essas coisas assim. Eu sempre amamentei sem problemas. Por isso que eu não vi necessidades de me preparar para amamentar".

Embora tivesse frequentado o serviço de Pré-Natal referiu não ter recebido nenhuma orientação sobre a importância da amamentação e os cuidados que deveria ter com os seios durante a gestação. Mesmo assim durante este período, disse que já pensava no aleitamento materno como forma de alimentar o filho:

"Já durante a gravidez eu imaginava o meu filho mamando no meu peito; mamadeira nem pensar. Eu pensava mesmo era em dar o peito direto; já pros meus outros eu nunca dei chá, nem essas coisas assim. Era só o peito (...)"

Em relação ao parto atual Anita informou que em 25/02/89 às 6:00 horas da manhã foi admitida na maternidade e às 7:30 horas foi submetida à uma cesariana por distócia de colo.

De acordo com dados obtidos no prontuário a mesma ocorreu dentro das seguintes condições: rotura de membranas artificial, líquido claro, apresentação cefálica. Nasceu feto vivo, sexo masculino com as seguintes condições ao nascer: Apgar 9 no primeiro e quinto minuto, e 10 no 10^o minuto. Submetido aos primeiros cuidados imediatamente após o nascimento. Exame físico realizado pelo pediatra após uma hora do nascimento: pele rósea, ativo, choro forte, reflexos presentes. Cabeça e pescoço sem anormalidades, função cardíaca normal, pulmões limpos, dorso anatômico, clavículas íntegras, abdome plano sem visceromegalias, ortoloni negativo, pulsos simétricos, testículos sem anormalidades inseridos na bolsa escrotal. Teste de Capurro: idade gestacional 40 semanas, R.N.T (recém-nascido a termo). Peso: 3780 kg (AIG: adequado para a idade gestacional). Altura: 50 cm, perímetro cefálico: 35 cm, perímetro torácico: 32 cm, perímetro abdominal: 31 cm. Sinais vitais normais. Permaneceu no bercário de recém-nascidos normais em berço aquecido por um período aproximado de 3 horas. Foi levado para junto de Anita após 6 horas do nascimento.

No pós-parto imediato (dados obtidos também no prontuário), Anita apresentou sinais vitais estáveis dentro dos limites da normalidade. Manteve-se afebril, normotensa e eupneica. Útero eutônico, lóquios sanguinolentos em quantidade moderada, cor e odor com características normais. Dor controlada por analgésicos. Mamas normotensas, mamilos íntegros, protrusos com presença de colostro. Eliminação urinária normal. Deambulação a partir de 24 horas pós-cesária, em função da raquianestesia. In-

cisão cirúrgica com bom aspecto, ausência de secreção ou qualquer outra anormalidade. Abdômem flácido.

Anita referiu estar se sentindo bem especialmente por ter feito ligadura das trompas:

"Sinto-me ótima, aliviada. Sabe porque? Por que fiz ligadura. Agora não preciso mais me preocupar em tomar pílula todos os dias. Ela me fazia muito mal; me dava dor de cabeça, enjôo e também já me disseram que ela seca o leite."

Auto-estima elevada, disse que gostava de si mesma, do jeito que é. Demonstrou interesse pelo funcionamento do seu corpo. Disse que nunca parou para pensar no assunto, mas gostaria de aprender como funciona. Quanto à amamentação demonstrou estar motivada para amamentar seu último filho:

"Acho que é uma boa amamentar o bebê no peito; é muito gostoso, as crianças ficam mais saudáveis (os meus pelo menos são fortes, nunca ficam doentes). Esse aqui (aponta para o neném) vou amamentar até quando ele não quiser mais.

(...) Eu não tenho preguiça de amamentar. À noite não me incomodo de ter que levantar para amamentar".

Em relação as suas mamas referiu que:

"Eu gosto de minhas mamas do jeito que elas são. Não ligo pra isso do peito ser pequeno, ser grande, em pé ou caído. O importante é que elas são normais e saudáveis. Pra mim isso é o que vale".

Acha que o sucesso da amamentação depende da própria mulher e que fazendo "direitinho" consegue amamentar até quando quer. Normalmente não encontra dificuldades para amamentar mas se necessitar de ajuda espera contar com o apoio do marido. A tradição familiar de praticar o aleitamento materno adicionada à experiência anterior em relação a esta prática, também se constituem em componentes importantes dos aspectos motivacionais:

"Minha mãe teve dezesseis (16) filhos e todos foram amamentados no peito. Ela nunca deu mamadeira. Fui amamentada, a exemplo de todos os meus irmãos, até mais de um ano.

(...) Tenho uma irmã, pra citar como exemplo, que ganhou neném há dois meses e só dá o peito e a menina dela é bem forte, bem sadia.

(...) Já amamentei os outros filhos (todos) por mais ou menos 8 meses cada um. Agora quero amamentar até um ano, se Deus quiser. Isto porque agora estou despreocupada, já fiz ligadura".

Quando questionada sobre suas mamas Anita referiu que nunca tinha parado para pensar sobre elas. Achava que as mesmas serviam para muitas coisas, mas considerava a alimentação dos filhos como sua função principal. Achava também que a mesma embelezava o corpo da mulher e que era um órgão de prazer sexual. Não sabia como é a estrutura interna da glândula mamária e nem como a mesma funcionava. Quanto às suas crenças em relação à amamentação disse que:

"Eu amamento porque acredito e sei que o leite do peito é como um remédio. Não é preciso levar o neném toda hora no médico; os filhos que tenho sempre foram amamentados e nunca foram de ir muito ao médico.

Penso que o leite protege a criança e quando dá sarampo, catapora, ou essas doenças assim, dá mais fraquinha".

No que diz respeito aos requisitos de auto-cuidado relativos ao desvio de saúde, Anita referiu ser uma mulher saudável, sem história anterior ou atual de processos patológicos agudos ou crônicos importantes. No que se refere ao nível de prevenção primária frente a estes requisitos a mesma demonstrou falta de conhecimento e pouca motivação em relação a determinados aspectos do auto-cuidado à saúde: referiu não saber fazer o auto-exame das mamas (a técnica) nem o período e a frequência correta para a realização do mesmo. Quanto ao exame preventivo do cancer de colo uterino disse que nunca realizou e demonstrou não valorizá-lo muito.

Para manter e recuperar sua saúde e a de seus filhos disse que costumava procurar os serviços de saúde da rede pública, seja municipal, estadual ou federal. Demonstrou conhecimento sobre a importância de vacinar o filhos e referiu que costumava seguir corretamente o esquema preconizado pela rede básica de saúde. Ao ser questionada sobre o que entendia por saúde e doença a mesma expressou:

"Bem, saúde pra mim é quando a pessoa é forte e nunca fica doente. Por exemplo, eu tenho saúde, nunca fico doente. (...) Agora o que é doença? Acho que é quando uma pessoa fica fraca, abatida tem alguma dor no corpo. Acho que doença é isso."

Através da análise destes dados referentes aos requisitos de auto-cuidado universais, desenvolvimentais e de desvio

de saúde pude, conforme explicitiei anteriormente, identificar os "assets" e os "déficits" da competência apresentados por Anita frente a demanda terapêutica do auto-cuidado no aleitamento materno (diagnóstico de enfermagem). Assim sendo, com base nesta análise passarei a descrevê-los a seguir.

Em relação aos "assets" identifiquei que Anita possuía:

- . capacidade física, motivacional, cognitiva e meio-ambiental para se engajar em operações de auto-cuidado relativas à manutenção do influxo de ar;

- . capacidade física, motivacional e cognitiva para se engajar em operações de auto-cuidado relativas à manutenção do influxo suficiente de água;

- . capacidade motivacional para se engajar em operações de auto-cuidado relativas à manutenção do influxo suficiente de alimentos;

- . capacidade física, motivacional e cognitiva para se engajar em operações de auto-cuidado relativas à provisão e cuidado associados com os processos de eliminação e excreção;

- . capacidade motivacional e condições de meio ambiente físico (no domicílio) favoráveis à manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso;

- . capacidade física e cognitiva (parcial) para promover o funcionamento e desenvolvimento normais;

- . capacidade física, motivacional e cognitiva (parcial) para atender requisitos de auto-cuidado relativos aos processos vitais e de desenvolvimento;

. capacidade motivacional, cognitiva e física para aprender e potencial para alcançar objetivos de saúde relacionados à todos os requisitos de auto-cuidado:

- destreza manual, coordenação motora, acuidade visual e auditiva, tato, energia física, ausência de doenças e situações que contraindiquem o aleitamento materno, condições estruturais e funcionais de glândulas mamárias compatíveis com a amamentação.

- capacidade para memorizar, julgar e tomar decisões e buscar recursos.

- auto-estima elevada, auto-conhecimento, controle emocional, vontade para se engajar em operações de auto-cuidado, aceitação do filho, desejo de amamentar.

Quanto aos déficits de competência para o auto-cuidado no aleitamento materno identifiquei que Anita apresentava:

. déficit de competência cognitiva, física e meio-ambiental (socio-econômica) para atender e manter influxo suficiente de alimentos:

- padrão de ingestão alimentar diário pobre em alimentos proteicos e vitamínicos;
- incapacidade para obter nutrição adequada para si e seus familiares em decorrência da baixa condição socio-econômica;
- falta de conhecimento sobre a existência de programas de auxílio nutricional na comunidade e falta de um sistema de apoio;
- inadequada compreensão do papel da nutrição sobre a lactação, sua saúde e bem estar;

- falta de conhecimento acerca dos alimentos como fontes de nutrientes necessários para o organismo;
- início do processo digestivo (mastigação) prejudicado pelas precárias condições dos dentes: ausência parcial, fraturas e cáries;

. déficit de competência cognitiva, sócio-econômica e de meio-ambiente físico (maternidade) para manter equilíbrio entre atividade e repouso:

- apresenta dificuldade para estabelecer e manter equilíbrio entre atividade e repouso: excesso de atividade na esfera doméstica;
- falta de um sistema de apoio na execução das atividades domésticas. Baixa expectativa da participação do pai no cuidado com o neném e demais filhos (atividade integral na esfera pública);
- falta de conhecimento acerca das consequências decorrentes da falta de equilíbrio entre atividade e repouso especialmente no que se refere ao período puerperal e lactacional;

. déficit de competência para manter equilíbrio entre recolhimento e interação social:

- confinamento na esfera doméstica: não tem amigos, não conhece vizinhos, gosta de ficar em casa;
- baixa motivação para atividades recreativas da comunidade;
- distanciamento (social) da família de origem;

. déficit de competência cognitiva (parcial) e motivacional para promover o funcionamento e desenvolvimento normais:

- falta de conhecimento sobre os fatores de risco para tumores ginecológicos mais incidentes em nosso meio (colo uterino e mama) bem como os de pele e cavidade oral;

. déficit de competência cognitiva (parcial) para se engajar em operações de auto-cuidado relativas à lactação:

- falta de conhecimento acerca da anatomia da glândula mamária e fisiologia da lactação (noções básicas), do que é colostro e quais são suas propriedades, das medidas profiláticas e terapêuticas a serem utilizadas para mastite ("zipra"), engurgitamento mamário (empedramento) e hipogalactia (diminuição da produção do leite), das técnicas de extração do leite, dos riscos do aleitamento materno cruzado, das finalidades do Banco de Leite Humano e CIAM e da utilização do produto (colostro, leite de transição e leite tardio);

. déficit de competência cognitiva (parcial) acerca dos cuidados no puerpério:

- falta de conhecimento acerca dos cuidados com a incisão operatória (cesária), do fenômeno de involução uterina e do retorno das atividades físicas normais no puerpério;

. déficit de competência cognitiva e motivacional (parcial) para se engajar em operações de auto-cuidado relativas aos requisitos de desvio de saúde a nível de prevenção primária:

- falta de conhecimento sobre a importância, a frequência, o período e a técnica da realização do auto-exame das mamas bem como do exame colpocitológico;
- baixo nível de motivação para realizá-los.

Estes foram os "assets" e "déficits" de competência para o auto-cuidado apresentados por Anita. Uma vez identificados estava estabelecido o diagnóstico de enfermagem propriamente dito.

No dia seguinte, 28/02/89 logo que cheguei na maternidade me dirigi para a unidade de internação onde se encontrava Anita. Cheguei no local aproximadamente 7:30, cumprimentei o pessoal que ali se encontrava (duas funcionárias de enfermagem, um médico residente e quatro pacientes). Antes de me dirigir ao leito de Anita observei as anotações feitas no prontuário sobre seu estado de saúde e também informei às funcionárias da unidade que a assistência de enfermagem a ser prestada à Anita, estaria sob minha responsabilidade. Feito isso, me dirigi até Anita para dar continuidade ao processo de agenciar o sistema de auto-cuidado da mesma. Encontrei-a sentada sobre seu leito, sem o neném. Cumprimentei-a e questionei-lhe sobre o mesmo. Anita informou que ele ainda estava no Berçário. Já de banho tomado e com a refeição da manhã feita, ela demonstrava preocupação com a incisão abdominal dizendo que gostaria que fizessem o curativo no local pois o médico havia olhado e deixado aberto e isto a preocupava muito. Disse-lhe para tranquilizar-se que eu mesma faria isso, mas antes gostaria de saber como havia passado à noite. À mesma informou que apesar dos mosquitos e do calor, tinha dormido me-

lhor. Quanto ao recém-nascido, informou-me que o mesmo havia mamado bem. Disse que ele tinha chorado um pouco, mas como sabia que não era fome levou-o ao Berçário para trocarem a sua roupa pois estava muito quente e molhado. Em seguida o mesmo voltou a dormir, acrescentou. Quanto à produção do leite disse-me que achava estar aumentando pois já sentia as mamas um pouco mais pesadas.

Após esta conversa inicial e percebendo sua ansiedade em fazer o curativo, convidei-a para irmos até a sala destinada para esta finalidade que ficava próxima à unidade. Fomos andando vagarosamente até chegarmos lá. Esta sala é de pequeno porte e possui instalações e materiais necessários para a realização de curativos das pacientes internas (enfermarias) e externas (aptos e quartos) atendidas na maternidade. No momento a mesma apresentava-se limpa e em ordem. Em função do calor abri a janela basculante que ficava sobre a mesa de exames para ventilar melhor o ambiente. Antes de deitar-se, Anita expôs a região abdominal para que eu fizesse o curativo. Observei que a mesma estava enfaixada com uma atadura de crepon e questionei-lhe se não tinha uma cinta abdominal. A mesma informou que possuía uma que ganhou de uma "ex-patroa" e que embora já fôsse usada estava em boas condições. Esta cinta seu marido iria trazer à tarde no momento da alta da maternidade. Enquanto conversávamos aproveitei para lavar as mãos e em seguida dei início ao curativo. Observei que o mesmo apresentava secreção serosanguinolenta em pequena quantidade pela incisão. Fiz expressão local até a saída total da mesma. Apesar da secreção, a incisão apresentava-se com bom aspecto

sem sinais de infecção ou outras complicações maiores. Anita questionou-me sobre os cuidados que deveria ter com a mesma e quando e onde iria retirar os pontos. Expliquei-lhe que deveria evitar esforços físicos pesados aproximadamente 45 dias, manter o local sempre seco e limpo, especialmente até a retirada dos pontos e na presença de secreção ou outra alteração poderia me informar. Quanto à data e local para a retirada dos pontos informei-lhe que deveria ser dentro de sete dias e que a rotina na maternidade era de encaminhar as pacientes para os postos de saúde ou INAMPS para retirá-los, mas como eu havia me proposto a acompanhá-la também poderia fazê-lo. Terminado o curativo enfaxei o abdômem com uma nova atadura de crepon, lavei novamente as mãos, auxiliiei-a a levantar-se e retornamos para a unidade. Acomodada em seu leito procurei dar continuidade às diferentes etapas do processo de enfermagem conforme havíamos estabelecido. Inicialmente comentei com Anita sobre os dados que eu havia coletado com a mesma no dia anterior. Neste particular, expliquei-lhe que ao sair da maternidade naquele dia, procedi a análise dos mesmos conforme preconizei em meu estudo. Disse-lhe que, com base nesta análise, pude identificar de um lado aspectos positivos ("assets") que ajudariam e muito para que a mesma obtivesse sucesso na amamentação, mas por outro lado eu também havia identificado alguns "déficits" de competência para o auto-cuidado que precisariam ser corrigidos. Logo de imediato Anita reagiu e sorrindo me disse:

"Ainda bem que eu também tenho pontos positivos senão eu ia ficar desanimada".

Na realidade esta observação de Anita, chamou-me a atenção para o fato de que era importante ressaltar também os aspectos positivos da competência para o auto-cuidado no aleitamento materno e não somente os "déficits". Isto por que, pelo que percebi os primeiros, poderiam quando bem observados e identificados, ser bastante úteis como elementos motivadores, no direcionamento da assistência de enfermagem frente aos "déficits". Assim sendo apresentei para Anita o resultado de minha análise, ou seja, os "assets" e os "déficits" de sua competência para o auto-cuidado no aleitamento materno. A partir daí, com base nos "déficits" de competência para o auto-cuidado identificados, na sua totalidade classificados como sendo do sistema de suporte educativo, dei início juntamente com Anita, que concordou com os mesmos, ao estabelecimento de objetivos de saúde a serem alcançados a fim de corrigir tais déficits.

Para melhor nos organizarmos procurei obedecer a sequência adotada no instrumento elaborado para o levantamento de dados, iniciando o estabelecimento de objetivos de saúde pelos déficits de competência relacionados com os requisitos de auto-cuidado universais, seguidos dos desenvolvimentais e por último de desvio de saúde. No que diz respeito aos déficits de competência apresentados por Anita frente aos requisitos de auto-cuidado universais foram estabelecidos os seguintes objetivos de saúde:

1º) Relativos à manutenção do influxo suficiente de alimentos: (a) corrigir e/ou reduzir déficits de ingestão proteica, calórica e vitamínica; (b) adquirir conhecimento sobre a

existência de programas de auxílio nutricional na comunidade e obter um sistema de apoio na área; (c) compreender adequadamente o papel da nutrição sobre a sua saúde, bem estar e lactação; (d) obter condições nutricionais adequadas para a manutenção da lactação por um período mínimo desejável de 6 meses; (e) adquirir conhecimentos acerca dos alimentos como fontes de nutrientes e dos nutrientes necessários para o organismo; (f) otimizar a qualidade e a quantidade de nutrientes necessários para o organismo; (g) recuperar, manter e promover a saúde bucal;

2º) Relativos à manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso: (a) estabelecer e manter equilíbrio entre atividade e repouso: aumentar horas de sono e repouso de acordo com suas necessidades e estabelecer um horário de descanso durante o dia; moderar nas atividades que exigem maior esforço físico; (b) obter um sistema de apoio nas atividades domésticas; (c) prevenir complicação e/ou limitações em relação ao seu estado de saúde e seu bem estar;

3º) Relativos à manutenção do equilíbrio entre recolhimento e interação social: (a) estabelecer e manter ambiente familiar e social que promova: maior interação e participação na esfera pública; atividades de lazer; comunicação de sentimentos e maior aproximação com relação à família de origem da cliente.

4º) Relativos à promoção de funcionamento e desenvolvimento normais: (a) estimular uma consciência preventiva e de diagnóstico precoce relativos ao cancer de colo uterino, de mama, pele, cavidade oral, bem como à outras alterações específicas da saúde da mulher.

Em relação aos déficits de competência para o auto-cuidado frente aos requisitos de auto-cuidado de desenvolvimento tais objetivos foram: (a) garantir o estabelecimento e a manutenção da lactação por um período mínimo desejável de seis meses; (b) prevenir complicações relativas ao processo lactacional e ao período puerperal; obter conhecimentos acerca do processo lactacional e aos cuidados puerperais.

No que diz respeito aos déficits de competência para o auto-cuidado relativos aos requisitos de auto-cuidado de desvios de saúde os objetivos de saúde estabelecidos foram: (a) adquirir conhecimento sobre a importância, a frequência, o período e a técnica do auto-exame das mamas bem como do exame colpocitológico; (b) prevenir o câncer de colo uterino e detectar precocemente o câncer de mama.

Após estabelecidos os objetivos de saúde para cada déficit de competência para o auto-cuidado identificado, dei início à implementação da assistência propriamente dita. Em relação aos déficits de competência para o auto-cuidado relativos aos requisitos de auto-cuidado universais foram desenvolvidas nesta manhã várias ações e orientações.

No que diz respeito aos requisitos de auto-cuidado relativos à manutenção do influxo suficiente de alimentos em função dos déficits identificados foram desenvolvidas as seguintes intervenções: a) articulei com os serviços de saúde da comunidade de Florianópolis (municipal, estadual e federal) para identificar a existência ou não de programas de suplementação alimentar. Neste particular constatei que apenas um serviço mantinha,

ainda que deficitário, programa desta natureza. Era a LBA (Legião Brasileira de Assistência), da rede federal; b) orientei Anita sobre a existência do mesmo e encaminhei-a formalmente (por escrito) através do Banco de Leite Humano e CIAM para inscrição no referido programa; c) estimulei Anita para mobilizar outros recursos e buscar novas alternativas para melhorar o padrão alimentar; neste sentido sugeri à mesma o aproveitamento da área de terra existente no domicílio para desenvolver horta doméstica através de orientações verbais e por escrito, ocasião em que lhe forneci o manual intitulado "Horta Doméstica" da ACARESC, Serviço de Extensão Rural; d) esclareci à mesma sobre a relação existente entre a qualidade da ingestão de alimentos versus quantidade de leite produzido; e) informei-a sobre o papel da nutrição sobre sua saúde e seu bem estar geral; f) analisei juntamente com Anita, os agrupamentos de alimentos de acordo com as principais contribuições de cada um dos nutrientes necessários. Para melhor análise e compreensão por parte da mesma utilizei e entreguei cópia de quadro apresentado por WORTHINGTON ROBERTS (1988); g) discuti com Anita sobre a importância estética e funcional da saúde bucal; h) encorajei-a a procurar um dentista para corrigir e tratar alterações na arcada dentária logo que possível; i) orientei-a também sobre os cuidados com os dentes: escovação (técnica correta e frequência) e relação entre incidência de cáries x alimentação.

Frente a estas orientações e intervenções observei que Anita demonstrou interesse, vontade de aprender e agir. Referiu que iria lutar para conseguir manter uma dieta adequada a fim de

evitar problemas com a produção do leite e com sua saúde. A mesma leu material instrucional e discutiu sobre o assunto mostrando-se surpresa quanto às necessidades de nutrientes necessários para o organismo; com relação aos agrupamentos dos alimentos Anita achou importante conhecê-los não só para o cuidado consigo mesma como também para os outros elementos da família. Quanto às necessidades nutricionais durante o período de lactação embora sinta dificuldades (sócio-econômicas) em atendê-las na íntegra achava importante conhecê-las para poder conseguí-las e até reivindicá-las.

Quanto às orientações relacionadas com a saúde bucal a mesma demonstrou motivação e capacidade cognitiva para compreender a importância estética e funcional da saúde bucal. Referiu preocupação com a auto-imagem. Disse que logo que terminar o "resguardo" iria procurar um dentista (INAMPS). Diante das demonstrações e instruções fornecidas por escrito sobre técnica de escovação dos dentes mostrou-se receptiva e informou que iria ensinar a seus filhos e esposo.

Quanto aos déficits de competência apresentados frente aos requisitos de auto-cuidado relativos à manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso foram desenvolvidas as seguintes intervenções; a) discuti com Anita sobre a necessidade e importância de respeitar e estabelecer um maior equilíbrio entre atividade e repouso; b) encorajei-a para procurar estabelecer limites nas atividades domésticas; neste sentido estimulei-a para conversar com os familiares (esposo e filhos) para que auxiliem nas atividades domésticas sempre que possível; e por último

c) esclareci Anita sobre as conseqüências decorrentes da falta de equilíbrio entre atividade e repouso nos períodos puerperal e lactacional.

Diante das orientações Anita relatou que iria tentar estabelecer um maior equilíbrio entre as atividades e repouso especialmente nos primeiros dias de "resguardo".

No que diz respeito aos déficits de competência apresentados frente aos requisitos de auto-cuidado relativos à manutenção do equilíbrio entre recolhimento e interação social estimulei Anita para uma maior participação na esfera pública, sugerindo à mesma para procurar conversar com os vizinhos, procurar amigos e participar das atividades da comunidade. Refleti com a mesma sobre as conseqüências do recolhimento (isolamento) social total. Enfatizei também os benefícios que os contatos sociais poderão trazer para o alcance e desenvolvimento de seu potencial enquanto ser humano. Estimulei ainda sua aproximação com a família de origem, orientando-a para utilizar na comunicação, expressão aberta e honesta de seus sentimentos especialmente em relação à sua mãe. Em relação a estas orientações Anita referiu que nunca havia parado para pensar nestes assuntos. Disse que nunca ninguém chegou para ela e falou que isso era importante e acrescentou:

"Só converso mesmo é com meu esposo, meus filhos ou quando algum parente me procura. Talvez se eu me esforçar alguma coisa pode melhorar mesmo né?"

Em relação aos déficits de competência apresentados frente aos requisitos de auto-cuidado relativos à promoção, funcionamento e desenvolvimento, enfatizei a importância e necessidade da realização de exames médicos periódicos, pelo menos uma vez ao ano para controle de afecções ginecológicas e visita periódica ao dentista, preferencialmente de 6 em 6 meses. Orientei-a também sobre os fatores de risco para os tumores ginecológicos mais incidentes em nosso meio (colo uterino e mama) bem como os de pele e cavidade oral.

Em linhas gerais estas foram as intervenções realizadas junto à cliente Anita no que diz respeito aos déficits de competência para o auto-cuidado apresentados pela mesma frente aos requisitos de auto-cuidado universais. Destes alguns não foram abordados pelo fato de não terem sido identificados "déficits" de competência para o auto-cuidado e sim, somente "assets", o que dispensou minha intervenção.

Diante das orientações e ações portanto, observei que Anita mostrou-se bastante interessada, receptiva e com vontade de aprender. Demonstrou capacidade de compreensão e assimilação dos conteúdos abordados. Expressou estar bastante motivada para superar estes "déficits" embora alguns reconheça que independem somente de sua vontade e sim das circunstâncias sócio-econômicas em que vive.

Em relação às intervenções, frente aos "déficits" de competência para o auto-cuidado relativos aos requisitos de auto-cuidado de desenvolvimento e de desvio de saúde, optamos, Anita e eu, para darmos prosseguimento no período vespertino.

Isto por várias razões: em primeiro lugar por que o neném de Anita já havia chegado do Berçário e precisava mamar; em segundo por que eu não queria sobrecarregá-la com informações e orientações de modo que prejudicasse a absorção das mesmas e em terceiro e último por que teríamos tempo suficiente para desenvolvermos à tarde, uma vez que sua alta estava prevista para as 16:00 horas.

Mesmo assim permaneci na unidade até as 12:00 horas aproximadamente. Neste período pude observar, controlar e avaliar as condições gerais de Anita bem como a assistência de enfermagem prestada.

Além do curativo que havia realizado bem cedo, observei os fenômenos involutivos e progressivo do puerpério. Quanto aos primeiros ou seja, involução uterina e loqueação percebi que o útero estava eutônico, com características involutivas normais e que os lóquios eram serosanguinolentos, em quantidade menor que no dia anterior, com odor e cor característicos. Em relação à lactação, acompanhei Anita ao amamentar seu filho. Na oportunidade procurei observar além das condições das glândulas mamárias tais como nível tensional, condições dos mamilos, presença de alterações, dor ou desconforto, também o modo como oferecia o seio ao seu filho, a duração da mamada e como retirava o neném do seio. Quanto às condições das mamas, embora ainda não tivessem muito cheias, observei que já haviam sinais de apojadura: estavam ligeiramente aumentadas de tamanho, quentes e túrgidas; os mamilos protrusos apresentavam-se íntegros sem sinais de trauma ou fissura mamilar. A borda mamilo-areolar estava macia,

de fácil apreensão pelo neném. Enquanto o mesmo sugava o seio direito, era possível perceber a liberação de colostro em forma de gotas pelo seio esquerdo, o que de certo modo deixava Anita mais tranquila e confiante em relação a sua produção láctea. Em relação a técnica de amamentar Anita demonstrava habilidade, conhecimento, experiência e tranquilidade dispensando qualquer interferência ou intervenção. Através da observação pude perceber que a mesma sabia fazê-lo corretamente desde a colocação do neném ao seio até sua retirada, como também não referia dor ou qualquer outro desconforto.

Neste período tive também a oportunidade de administrar medicamentos que estavam prescritos para Anita, uma vez que havia assumido integralmente a assistência de enfermagem a ser prestada para a mesma. A mesma estava recebendo antibioticoterapia profilática (Amplacilina 500 mg, V.O) de 6/6 horas devido à cesariana e analgésicos na ocorrência de dor. Como no momento (10:00h) estava sem dor, administrei somente o antibiótico. A mesma questionou-me qual a indicação do referido medicamento e expliquei-lhe reforçando a importância e necessidade de seguir corretamente a dosagem e o horário no domicílio já que se tratava de antibiótico.

Neste período em que permaneci com Anita de forma mais descontraída e já com vínculos interpessoais estabelecidos, observei que a mesma começava a se interessar também pela minha vida pessoal e profissional questionando-me o local onde eu morava, há quanto tempo trabalhava na maternidade, se eu era casada, se tinha filhos e principalmente se eu os tinha amamentado.

Respondi-lhe que morava no bairro Córrego Grande, que trabalhava há 15 anos na maternidade, era casada, tinha três filhos e destes apenas o último é que eu tinha amamentado por mais tempo ou seja aproximadamente por oito meses. Os outros dois, expliquei-lhe, amamentei-os por pouco tempo (mais ou menos 1 mês) talvez pela inexperiência, falta de apoio e conscientização na época da importância e vantagens do aleitamento materno. Neste particular, percebi que, ao lhe falar de minhas experiências e vivências, o vínculo estabelecido com a mesma se tornava mais natural, mais forte e sobretudo menos hierarquizado, o que a meu ver contribuía de maneira significativa para o alcance dos objetivos.

Enquanto conversávamos descontraidamente chegou o almoço para Anita. Eram aproximadamente 11:20. A mesma disse-me que já estava "morrendo de fome" e educadamente convidou-me para almoçar com ela. Agradei-lhe e expliquei-lhe que estava no horário do trabalho e que iria almoçar às 12:00hs em minha casa, com minha família pois estavam me aguardando. Assim sendo, permaneci por mais algum tempo na unidade registrando minhas anotações no diário de campo e em seguida me despedi de Anita.

Eram 13:40 do mesmo dia quando retornei para a unidade de internação para dar continuidade à assistência de enfermagem à Anita. Encontrei-a levantada ao lado de seu leito colocando seus objetos pessoais dentro de uma sacola (tipo mochila). Sobre a cama estava o neném, que segundo a mesma tinha acabado de mamar. Logo que Anita me viu comentou:

"Já descansei um pouquinho, agora tenho que me preparar para ir para casa; quero deixar tudo em ordem pra quando meu marido chegar estar tudo pronto!"

Percebi que a mesma estava um pouco ansiosa quanto ao seu retorno para casa. De um lado disse-me que estava feliz, mas por outro também tinha preocupações já que não possuía ninguém para ajudá-la nas tarefas domésticas. Procurei tranquilizá-la e reforcei mais uma vez a necessidade de a mesma conversar com o esposo e filhos sobre o assunto. Após mais algumas conversas iniciais demos prosseguimento às atividades conforme havíamos combinado pela manhã. Assim sendo passei a enfocar a assistência de enfermagem a partir dos déficits de competência para o autocuidado apresentados por Anita frente aos requisitos de autocuidado de desenvolvimento e de desvio de saúde. Em relação aos primeiros, estava convidando Anita para nos dirigirmos até ao Banco de Leite Humano e CIAM onde eu disporia de melhores recursos ou seja, de cartazes, boletins, manuais, enfim de material educativo que auxiliariam na orientação, quando fomos surpreendidas pela chegada do seu esposo. O mesmo chegou ofegante com suor no rosto, parecia estar ansioso e tinha um pacote na mão. Aproximou-se de Anita meio desajeitado entregou-lhe o pacote dizendo que era a cinta abdominal, deu-lhe um beijo na face e em seguida voltou-se para o neném dizendo-lhe:

"Oi garotão, o papai chegou! Vamos prá casa? Os maninhos estão te esperando!"

Anita disse-lhe que só iria ter alta após as 16:00 horas e que o mesmo iria ter que esperá-la. Ele disse que tudo bem só que tinha deixado as crianças em casa sozinhas. Anita questionou sobre os filhos e ele disse que estavam todos bem mas ansiosos para que ela voltasse para casa. Em seguida a mesma me apresentou para o seu esposo como enfermeira da maternidade e acrescentou que eu estava fazendo um estudo o qual ela consentiu e teve interesse em participar. Aproveitei o momento para explicar rapidamente do que se tratava o estudo, quais seus objetivos, sua metodologia, filosofia e acrescentei que provavelmente iríamos nos encontrar outras vezes. O mesmo não fez nenhum questionamento e parecia também não fazer objeções. Em seguida Anita interrompeu-nos sugerindo para darmos continuidade às atividades que iríamos desenvolver, dizendo que concordava em se dirigir para as dependências do Banco de Leite Humano e CIAM. Sugeri que o pai e o neném também nos acompanhassem e assim foi feito. Anita solicitou para o esposo para que levasse o neném e o mesmo bastante desajeitado segurou-o no colo dizendo:

"Ah, meu Deus, não tenho muito jeito de pegar neném assim pequenininho, mas vamos lá!

E assim fomos os quatro para o referido setor. No trajeto procurei conversar mais com o pai, saber de suas expectativas e seus sentimentos frente ao nascimento de mais um filho. O mesmo, referiu estar se sentindo muito feliz, mas ao mesmo tempo preocupado. Disse que a vida está muito difícil e criar seis filhos não está fácil. Mas acreditava que Deus iria ajudar e que

tudo iria dar certo. E acrescentou:

"O importante mesmo é que ele (o neném) nasceu forte e com saúde, o resto a gente dá jeito!"

Aproveitei o momento para conversar com o mesmo sobre a importância e necessidade de apoiar Anita nas atividades domésticas sempre que possível, uma vez que a mesma se encontrava no período de resguardo e também pelo fato de ter sido submetida à uma cirurgia (cesariana), o que exigia no início, certas restrições físicas.

O mesmo referiu não ter muito jeito para estas atividades de "mulher", mas achava que já tinha progredido bastante sendo que atualmente quando está em casa sempre procura ajudá-la. Agora que a mesma estava na maternidade ele mesmo cuidou dos filhos e da casa: cozinhou, lavou roupa, arrumou a casa, deu banho nos filhos, etc. O problema maior, acrescentou, é que tem que sair cedo para o trabalho e só retorna à noite. Isto de 2ª a 6ª feira. Mesmo assim reforcei a importância de sua participação nas tarefas domésticas e no processo de formação e socialização das crianças.

Ao chegarmos no Banco de Leite Humano e CIAM acomodei-os na sala de recepção e triagem e dei início às orientações de acordo com os objetivos de saúde estabelecidos para corrigir os "déficits" de competência para o auto-cuidado apresentados por Anita frente aos aspectos cognitivos relativos ao puerpério, mais especificamente no que se referia ao fenômeno progressivo -

a lactação. Iniciei abordando conteúdos básicos sobre a estrutura e funcionamento da glândula mamária, medidas profiláticas e terapêuticas relacionadas à mastite, engurgitamento mamário e hipogalactia, sobre o que é colostro e quais suas propriedades. Para isto utilizei cartazes, quadros explicativos sobre o assunto e também uma "couve-flor" para facilitar a aprendizagem.

Posteriormente orientei Anita sobre os riscos do aleitamento cruzado (cruzamento de infecções tais como hepatite B, sífilis, "HIV") sobre as finalidades do Banco de Leite Humano e CIAM, o tratamento e utilização do produto (colostro, leite de transição e leite tardio) doado. Também orientei-a sobre as formas utilizadas para extração de leite, além da manual, com demonstrações práticas no local (bomba manual, bomba elétrica). Ao término das orientações entreguei para Anita um boletim distribuído pelo setor sobre instruções de extração de leite no domicílio e um manual com orientações referentes aos cuidados que deveria ter consigo mesma no período puerperal e com o recém-nascido (Manual Mamãe e Papai Recente, SANTOS & ALMEIDA COELHO, 1991). Neste particular orientei-a também sobre o fenômeno de involução uterina utilizando gravura elaborada para esta finalidade (ANEXO IV).

Durante as explicações Anita demonstrou interesse e vontade de aprender. Manuseou o material que utilizei para as orientações e ao final disse-me que foi ótimo ter aprendido como é a estrutura da mama por dentro e como funciona. Disse-me também que nunca imaginara que a mesma tivesse a estrutura que tem e que achou interessante utilizar a "couve-flor" para descrevê-

la.

Terminadas as orientações retornamos para a unidade de internação. No momento estava sendo servido o lanche da tarde. Anita tomou café com leite, comeu algumas bolachas juntamente com o esposo e retornamos a conversar. Restava-nos ainda desenvolver ações necessárias para corrigir os déficits de competência para o auto-cuidado apresentados por Anita frente aos requisitos de auto-cuidado de desvio de saúde. Neste sentido, de acordo com os objetivos de saúde estabelecidos, orientei-a sobre a importância, a frequência (uma vez ao mês), o período (sete dias após o 1º dia de menstruação) e a técnica do auto-exame das mamas. Enfatizei que é um exame simples de ser feito e muito importante para se estabelecer o diagnóstico precoce do cancer da mama, aumentando as chances de cura da doença, uma vez que quanto mais cedo é diagnosticada mais fácil é de ser tratada e curada. Por outro lado, também orientei Anita sobre a importância de realização do exame colpocitológico periodicamente chamando sua atenção para o fato de que o mesmo é feito gratuitamente em alguns serviços da comunidade, como por exemplo, Posto da Rede Feminina de Combate ao Câncer, ambulatório da Maternidade Carmela Dutra, entre outros. A mesma disse que nunca se interessou em fazer tais exames mas agora que não vai ter mais filhos, vai cuidar mais de si mesma, de sua saúde.

Após as orientações Anita começou a se preparar para a alta. Solicitou-me ajuda para retirar faixa abdominal e colocar a cinta que o esposo havia trazido. Feito isso, levou o neném até ao Berçário para ser arrumado e liberado. Acompanhei-a até

lá, onde recebeu últimas instruções sobre os cuidados que deveria ter com o mesmo. Posteriormente retornamos para a unidade onde reforcei mais uma vez a importância de alguns cuidados que deveria ter consigo mesma em relação à sua saúde.

Na despedida Anita acompanhada do seu esposo me agradeceu muito pela atenção que eu havia dispensado à ela e ao recém e disse-me que iria aguardar minha visita em sua casa conforme havíamos combinado.

. As Visitas Domiciliares

No dia 06/03/89 às 14:30 horas realizei a 1ª visita no domicílio de Anita. Era o nosso 5º encontro e a mesma estava no 10º dia de puerpério. A tarde estava ensolarada e embora tivesse um vento forte (nordeste), a temperatura permanecia elevada. Me dirigi ao bairro e local de residência de Anita de carro próprio seguindo instruções fornecidas pela mesma no período de internação.

Anita residia com seu cônjuge e seus filhos em moradia própria localizada no Bairro da Agronômica na parte insular do município de Florianópolis. Residiam neste local há cinco anos quando adquiriram a casa e o terreno com o dinheiro recebido de indenização decorrente de uma rescisão contratual trabalhista ocorrida com o cônjuge de Anita. Antes moravam no mesmo bairro, porém em moradia alugada e em uma parte mais alta do morro.

A Agronômica é um bairro periférico com características residenciais, atualmente habitado por uma população extremamente diversificada e estratificada. Geograficamente limita-se com o bairro da Trindade (Trás do Morro) e com o centro de Florianópolis. Possui uma faixa litorânea na chamada Beira Mar Norte. A ocupação do bairro é feita em todas as áreas disponíveis, ou seja, tanto nas regiões mais planas quanto nas encostas do morro onde se encontram construídas maior número de moradias. O tipo de construção e tamanho das moradias refletem as características de uma sociedade dividida em classes. Algumas bastante suntuosas, de grande e médio portes, (de 6 peças ou mais) construídas em alvenaria, com jardins bem cuidados, piscinas, etc, contrastam com outras de pequeno porte (de 1 a 2 peças), construídas em madeira. O acesso às casas é dificultado à medida em que se sobe o morro. Algumas ruas são calçadas com paralelepípedos e lajotas, e outras ainda são de "barro batido". As casas estão construídas de forma desordenada, algumas muito próximas uma das outras. Nem todas as ruas possuem calçadas para pedestres. O bairro conta ainda com escolas públicas, padarias, farmácias, hospitais (Infantil e Nereu Ramos) centro de reabilitação, supermercados e igreja. É também o local de residência oficial do Governador do Estado de SC. O bairro é servido por redes elétrica, de água e de esgoto, embora não na sua totalidade.

No trajeto uma certa insegurança e ansiedade tomaram conta de mim e vários pensamentos surgiram em minha mente:

"Será que vou localizar a residência de Anita?

Será que a mesma está em casa?
Como serei recebida?
Será que ela está bem?"

Paralelamente a estes pensamentos emergiam outros que me faziam ensaiar mentalmente a forma e o modo de agir durante a realização da visita.

Depois de percorrer algumas ruas e subir um morro ligeiramente íngreme, consegui localizar a casa de Anita. A mesma ficava situada em uma parte intermediária do morro. A rua era calçada, um pouco tortuosa. As casas que a circundavam algumas eram de alvenaria de portes médio e grande e outras de madeira de pequeno porte. O local possuía bastante área verde, com árvores altas (tipo eucaliptos) com uma linda vista para o mar (Baía Norte). O mesmo parecia agradável, tranquilo, limpo e saudável. O local era bem ventilado com adequada irradiação solar, especialmente no período matutino.

A casa de Anita era de madeira, com pintura de cor laranja, com bom estado de conservação. As paredes bem vedadas impediam a entrada de vento ou chuva. Externamente ao seu redor tinha um jardim parcialmente gramado, sendo a outra parte de "barro batido". Internamente possuía logo na entrada uma peça ampla que era utilizada como sala/copa/cozinha conjugadas, mais dois quartos e um banheiro. Os quartos estavam situados um ao lado do outro, separados por uma cortina de tecido estampado. Um deles era de uso privativo do casal e possuía apenas uma cama (de casal) e um armário com gavetas com altura aproximada de um metro. O outro era destinado aos filhos do casal e possuía um

beliche onde dormiam quatro crianças, uma cama de solteiro onde dormia a filha mais velha e um carrinho de neném entre o beliche e a cama, onde ficava o recém-nascido. Os quartos bem como as outras dependências da casa possuíam janelas o que favorecia a circulação de ar e entrada de raios solares. Todas as dependências no momento da visita estavam bem limpas e iluminadas. A cozinha/copa/sala dispunha de um fogão à gás, uma geladeira, dois armários para guarda de utensílios domésticos. Sobre a geladeira ficava uma televisão. Havia também uma mesa com seis cadeiras na parte central deste ambiente. As instalações sanitárias incluíam uma pia, um bacio e um chuveiro.

Quando cheguei fui prontamente recebida por Anita que se encontrava em casa com os filhos (4 deles) e uma de suas irmãs com um sobrinho. O esposo estava trabalhando. Bastante receptiva, logo que me viu comentou:

"que bom que a senhora chegou, já estava lhe esperando!"

Após os cumprimentos iniciais Anita convidou-me para entrar e me apresentou para seus filhos e sua irmã que ali se encontrava fazendo-lhe uma visita. Percebi que todos me observavam atentamente e com bastante curiosidade. Procurei dialogar com os mesmos, dirigindo-lhes algumas palavras e questionado-lhes sobre seus nomes e suas idades. Bastante constrangidos, notei que responderam com certa dificuldade e inibição, o que considerei natural em função de ser este meu primeiro contato com os mesmos.

Antes mesmo de me convidar para sentar, Anita me levou para o quarto das crianças para ver o neném que se encontrava dormindo e pediu-me para que eu não reparasse porque era ela que tinha que fazer todas as atividades da casa sozinha. Disse-me ainda que logo que saiu da maternidade seu marido a ajudou muito mas agora era tudo com ela novamente. Logo de início fiquei preocupada e de certo modo até frustrada porque percebi pelo depoimento de Anita que a mesma continuava com excesso de atividades domésticas e não havia conseguido estabelecer um sistema de apoio que garantisse satisfatoriamente o atendimento de seus requisitos de auto-cuidado relativos à manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso, tão importantes para o período (puerperal) em que se encontrava.

Ao chegarmos no quarto logo a avistei o neném que se encontrava tranquilamente dormindo no carrinho o qual já mencionei. Conversamos baixinho para não acordá-lo. Anita disse-me que dois dias após chegar da maternidade, o mesmo apresentou "problemas com a pele" (piodermite) tendo sido levado ao Hospital Infantil onde foi medicado com permanganato de potássio e recebeu instruções de como tratá-lo. No momento relatou que estava melhor. Quanto à amamentação Anita disse-me que o mesmo estava mamando aproximadamente de 3/3 horas mas achava que ele não ficava satisfeito:

"(...) ele mama mas parece que sente fome depois da mamada; acho que o meu leite está fraco por isso tenho dado um pouco de chá de funcho pra ele."

Questionei-lhe o que a fazia pensar que era "fome" ou "leite fraco" e a mesma respondeu-me:

"Ah, ele mama, até pega bem o seio, mas depois que acaba de sugar chora muito! Até meu marido, a noite quando está em casa não consegue acalmá-lo (...)"

Disse-me ainda que estava preocupada com a situação pois como já havia me falado gostaria muito de amamentá-lo. Neste sentido pediu-me ajuda e orientação de como deveria proceder. Falei-lhe que em primeiro lugar era preciso analisarmos a situação nos seus vários aspectos a fim de identificarmos se a causa real do choro do neném era mesmo fome e, em segundo lugar caso se confirmasse, que ações poderiam ser desenvolvidas no sentido de reverter a situação. Acrescentei ainda que, a maioria dos estudos realizados sobre a composição do leite afirmam que não existe "leite fraco", o que pode ocorrer é a diminuição da produção do leite em decorrência de múltiplos fatores. Feitas estas explicações iniciais Anita convidou-me para irmos para a sala onde poderíamos conversar mais a vontade. Assim feito, procurei saber como havia passado nestes dias, como estava se sentindo.

A mesma referiu estar se sentindo bem de um modo geral. Disse-me que já havia retirado os pontos mas gostaria que eu desse uma olhada na incisão para ver se estava tudo em ordem.

Quanto ao atendimento dos requisitos de auto-cuidado universais constatei que, no que diz respeito à manutenção do influxo suficiente de ar, Anita apresentava condições do sistema respiratório saudáveis, sem intercorrências que o tivessem afetado ou que viessem a afetá-lo.

Com relação à manutenção do influxo suficiente de líquidos, referiu ingestão suficiente para o atendimento de suas necessidades. Disse-me que estava ingerindo bastante líquidos, principalmente água, pois sentia muita sede com a amamentação.

A ingestão de alimentos mantinha-se inalterada permanecendo a relatada no primeiro inquérito nutricional ou seja, padrão de ingestão alimentar diário pobre em alimentos proteicos e vitamínicos. Neste particular Anita relatou que estava bastante motivada e consciente sobre a importância de alimentar-se adequadamente conforme já havíamos conversado na maternidade mas que isto nem sempre estava sendo possível em função das limitações impostas pela condição econômica da família.

Quanto à horta doméstica, Anita disse-me que seu esposo estava preparando uma pequena área no jardim de sua residência para plantar cenoura, beterraba, alface e cebolinha. Acrescentou que na outra casa onde moravam havia sempre alguma coisa plantada e isso realmente ajudava, mas depois que se mudaram relaxaram um pouco neste sentido.

Anita também comentou que em relação ao programa de auxílio nutricional existente na L.B.A o qual eu havia lhe encaminhado, seu esposo já tinha providenciado sua inscrição mas no momento estavam enfrentando dificuldades dispondo apenas de alguns alimentos como macarrão e leite. Mesmo assim com o pouco que conseguiu já era bastante útil, disse-me ela.

Com relação à provisão de cuidados relativos à eliminação e excreção, Anita referiu eliminação urinária e intestinal normais. Negou distúrbios ou dificuldades em relação aos mesmos.

No que diz respeito à manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso, de acordo com os objetivos de saúde já estabelecidos na maternidade, Anita informou que estava procurando repousar durante o dia (após o almoço) e dentro do possível estava procurando respeitar as 8 horas de sono, só que as vezes não conseguia por que o neném acordava para mamar. Com o objetivo de garantir um sistema de apoio nas atividades domésticas, a mesma informou que havia conversado com o esposo e as crianças mais velhas (9 e 8 anos) sobre o assunto. Anita disse que sentiu melhora na participação dos mesmos nas tarefas domésticas, mas mesmo assim ainda se sentia sobrecarregada. Em relação às atividades que exigiam maior esforço físico, além dos comentários feitos por Anita, também pude constatar que a mesma vinha se excedendo em algumas tarefas (lavação de roupas). Neste sentido, havia me chamado a atenção logo que cheguei em sua casa, a quantidade de roupas que estavam estendidas no varal e também a presença de uma bacia de alumínio tamanho grande sobre a parte gramada do jardim, contendo grande quantidade de roupas lavadas. Questionei-lhe sobre o assunto procurando saber quem tinha lavado aquela roupa e a mesma me informou que tinha sido ela mesma. Mais uma vez fiquei preocupada, pois Anita se encontrava apenas no 10º dia de puerpério, estando contraindicadas atividades que exigissem tanto esforço físico. Percebi que a mesma, embora motivada e consciente da importância em estabelecer e manter equilíbrio entre atividade e repouso sentia dificuldades em alcançá-los em função de suas condições sócio-econômicas. Mesmo assim reforcei a necessidade de moderar nestas atividades pelo menos

até 30 dias após o parto.

No que diz respeito à manutenção do equilíbrio entre recolhimento e interação social, observei que o mesmo estava prejudicado pela não participação da mãe de Anita no processo do parto e puerpério imediato; a mesma queixava-se que sua mãe não tinha lhe visitado e também ainda não conhecia o neném, apesar de sua residência estar localizada próxima de sua casa. Disse-me que isto a deixava muito triste, sentida e magoada. Encorajei-a mais uma vez para tentar aproximação com a mãe expressando seus sentimentos com relação a ela. Anita disse-me, com certa reserva, que iria pensar no assunto.

Por outro lado, como já mencionei anteriormente, a mesma recebia a visita de uma de suas irmãs. Parecia satisfeita com a presença dela, apesar de referir quando questionada sobre o assunto que a mesma não a ajudava em nada:

"Não lava nem o prato em que comeu (...)"

Quanto à participação nas atividades da comunidade referiu que em função do resguardo não estava indo nem a missa aos sábados, mas informou que quando passasse este período voltaria a ir e se fosse convidada para alguma atividade na comunidade iria participar.

Em relação aos requisitos de auto-cuidado relativos à prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e ao bem estar, particularizados pela primeira vez nesta visita, pude perceber pelas condições de moradia de Anita que a mesma não apresentava

nenhum déficit de competência relacionado ao mesmo, dispensando intervenção de minha parte neste sentido.

A mesma referiu preocupação e demonstrou estar atenta às influências das condições ambientais (temperatura, aeração, iluminação, umidade, "sol" e higiene) sobre a sua saúde e bem estar, como também em relação a dos seus familiares.

Quanto aos requisitos de auto-cuidado relativos à promoção do funcionamento e desenvolvimento normais, Anita referiu que procurava manter a integridade física e o funcionamento normal dos sistemas cardiovascular, respiratório, músculo esquelético, intertegumentar e de reprodução. Observei que em relação a estes requisitos de auto-cuidado, a mesma apresentava boa aparência geral e referia ausência de alterações clínicas relacionadas a estes sistemas. Neste particular observei também que Anita apresentava boa motilidade, condições músculo-esqueléticas normais, ausência de edemas, integridade cutâneo-mucosa. Os órgãos dos sentidos apresentavam-se íntegros e funcionando normalmente.

No que diz respeito ao atendimento dos requisitos de auto-cuidado desenvolvimentais, identifiquei, ao realizar o exame físico de Anita, ausência de alterações relacionadas aos fenômenos regressivos do puerpério: involução uterina compatível com a fase puerperal, útero eutônico, presença de lóquios serosos em pequena quantidade, cor e odor característicos.

A incisão operatória apresentava bom aspecto, com ausência de secreção, processo de cicatrização normal, sem sinais de infecção local. No momento a mesma usava cinta abdominal. No

que se refere aos hábitos higiênicos, referiu banho diário duas a três vezes por dia sem no entanto lavar a cabeça. De acordo com suas crenças só poderia fazê-lo quando completasse 40 dias de puerpério:

"Acho importante me manter bem limpinha, asseada. Me lavo por baixo várias vezes ao dia, mas a cabeça só quando completar 40 dias de resguardo; tenho medo que dê recaída."

Quanto ao fenômeno progressivo do puerpério, ou seja, a lactação, observei que Anita apresentava as mamas ligeiramente flácidas, pendulares, com presença de leite de transição (10^o dia de puerpério) em ambas as mamas, em quantidade moderada. Os mamilos apresentavam-se íntegros sem sinais de trauma ou fissura mamilar. Ao ser questionada sobre a ocorrência de algum problema com as mamas referente à lactação, ela disse:

"Com as mamas de um modo geral está tudo bem; não tive nada dessas coisas assim que costumam dar, como por exemplo a zipra, o empedramento ou o calor de figo. Graças a Deus não tive nada disso. A única coisa que eu sinto é que não tenho leite suficiente."

Quanto à produção do leite, retomamos a conversa inicial referente à "falta de leite" e discutimos sobre os vários fatores que interferem na produção e liberação do mesmo (físicos, cognitivos, motivacionais, sociais e culturais), sendo que os físicos e os motivacionais lhe despertaram maior atenção. Neste sentido apontei para Anita dois aspectos relacionados à

mesma que poderiam estar influenciando sua produção láctea: um primeiro que estava relacionado ao excesso de atividade física, o que poderia estar lhe determinando cansaço e estresse e um outro que poderia estar relacionado à ingestão insuficiente de líquidos e de alimentos. Neste sentido, procurei mais uma vez enfatizar a importância da mesma procurar estabelecer realmente um maior equilíbrio entre atividade e repouso, aumentar ainda mais a ingestão de líquidos e também melhorar o padrão de ingestão alimentar. Sugeri que a mesma ingerisse, além de água, o chá de funcho, de erva-doce e de algodoeiro em função do efeito galactógeno dos mesmos.

Quanto à alimentação sugeri que a mesma introduzisse no seu cardápio sopa com alguma verdura e dentro do possível com algum ingrediente proteico. Frente a orientação a mesma disse.

"É verdade, posso fazer sopa. Sabe, eu adoro sopa, tenho até condições de fazer assim como a senhora está me dizendo, só não tinha lembrado dela por causa do calor."

Por outro lado também enfatizei a importância de evitar introduzir outros alimentos ou líquidos para o neném sem uma avaliação médica (pediatra) prévia, pois isto acarretaria diminuição espontânea do leite. Em relação ao neném ressalttei a necessidade e importância do acompanhamento do seu desenvolvimento (pondo-estatural) mensalmente. A mesma disse que neste aspecto eu não precisaria me preocupar por que ela reconhecia a importância e levaria o neném mensalmente ao pediatra, estava só esperando para completar um mês.

Após as intervenções e orientações Anita ofereceu-me um cafezinho. Conversamos mais um pouco e em seguida me despedi dela, das crianças e de sua irmã que ali se encontrava. A mesma me agradeceu mais uma vez, disse que se sentia feliz com a minha presença na sua casa e que iria me esperar para outras visitas conforme havíamos combinado.

No dia 16/03/89 às 14:30 realizei a segunda visita no domicílio de Anita. Era uma quarta-feira e a mesma se encontrava no 20º dia de puerpério. Embora a tarde estivesse ensolarada, o dia apresentava-se ligeiramente frio em decorrência do "vento sul". Desta vez, ao me dirigir ao local já me senti mais tranqüila e segura, sem as inquietações que me acompanharam por ocasião da primeira visita domiciliar.

Ao chegar na residência de Anita, as crianças que estavam brincando no jardim, logo me reconheceram e foram chamar a mãe. A mesma solicitou para que eu aguardasse um "minutinho" pois no momento estava amamentando o neném. Logo em seguida apareceu e sorridente me convidou para entrar. No momento o esposo estava trabalhando e estavam com ela apenas quatro filhos, os outros dois tinham ido para a escola.

O ambiente estava tranqüilo, limpo, com iluminação e ventilação reduzidas em decorrência das janelas estarem fechadas. Isto porque segundo Anita, havia "muito vento lá fora". Mais uma vez, logo que entrei, a mesma me falou do neném e convidou-me para vê-lo:

"Quer ver o neném? Ele está muito bem. Acabei de dar de mamar pra ele (...)"

Aproveitei para perguntar sobre a produção láctea e a mesma disse:

"Eu não tenho certeza, mas continuo achando que as vezes tenho pouco leite. Tem mamada que ele suga bem e dorme, mas tem outras que mal acaba de mamar, começa a chorar. Daí eu dou chá mesmo! Mesmo assim eu tenho procurado só dar o peito pra ele."

Diante de seu depoimento procurei esclarecê-la que o processo de lactação era assim mesmo e que a produção do leite também variava nas 24 horas e que as vezes o neném chora mas nem sempre é de fome, mas sem dúvida era importante estar bastante atenta para esta questão.

Fomos então até o quarto de Anita onde se encontrava o neném, sobre a cama do casal. Embora estivesse acordado, parecia tranqüilo, satisfeito. Com vestuário adequado para a temperatura ambiente apresentava boas condições gerais. Questionei para a mesma sobre o problema de infecção de pele e ela informou que já estava totalmente curado.

Com aparente docilidade a mesma questionou-me se eu gostaria de segurá-lo no colo. Respondi-lhe que sim mas antes precisaria lavar as mãos. Feito isso segurei-o cuidadosamente comentando que o mesmo estava muito bonito e parecia saudável. Aparentemente feliz com meu comentário a mesma surpreendeu-me dizendo que gostaria muito de bater uma fotografia deste para me dar de recordação mas não tinha máquina, nem condições para fazê-lo. Surgiu-me então a idéia de lhe oferecer ajuda neste sentido, ficando combinado que antes mesmo da próxima visita eu

traria a máquina fotográfica e faria isso. A mesma demonstrou ficar satisfeita.

Após estas conversas iniciais retornamos para a sala onde procurei me informar sobre as condições de saúde de Anita, bem como de que modo vinha atendendo seus requisitos de auto-cuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde e se os objetivos de saúde mutuamente estabelecidos vinham sendo alcançados.

No que diz respeito aos requisitos de auto-cuidado relativos à manutenção do influxo suficiente de ar e água, provisão de cuidados associados com processos de eliminação e excreção, promoção do funcionamento e desenvolvimento normais prevenção de risco à vida ao funcionamento e bem estar, pude constatar que os mesmos vinham sendo atendidos satisfatoriamente não tendo sido identificado nenhum novo déficit de competência para o auto-cuidado em relação aos mesmos.

Quanto aos requisitos de auto-cuidado relativos à manutenção do influxo suficiente de alimentos, do equilíbrio entre atividade e repouso, recolhimento e interação social, constatei mais uma vez que nem todos os objetivos estabelecidos em relação aos mesmos vinham sendo alcançados de modo integral e satisfatoriamente.

No que se refere à manutenção do influxo suficiente de alimentos e de equilíbrio entre atividade e repouso constatei que embora tivesse ocorrido uma melhora, certos déficits de competência para o auto-cuidado se reafirmavam. Em relação à manutenção do influxo de alimentos, Anita, relatou que vinha procu-

rando atender mais satisfatoriamente suas necessidades nutricionais, incluindo mais verduras e carne no seu cardápio diário. Disse-me que embora não pudesse se alimentar de forma adequada diariamente, estava procurando fazê-lo sempre que possível. Disse-lhe que ficava satisfeita em saber que a mesma estava se esforçando em atender este requisito o que de certo modo estava conseguindo.

Por outro lado, no que diz respeito à manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso constatei que as tarefas domésticas continuavam sendo desenvolvidas única e exclusivamente por ela, o que segundo seu próprio depoimento deixava-a as vezes exausta de tanto lavar, passar e cozinhar. Na realidade eu me sentia impotente diante deste problemática pois a mesma transcendia as questões cognitivas, afetivas e físicas que sem dúvida eram mais fáceis de serem contornadas.

No que diz respeito à manutenção do equilíbrio entre recolhimento e interação social, Anita mais uma vez falou com certo ressentimento, de sua mãe, pois a mesma ainda não tinha ido visitá-la:

"Ela mesmo sempre me tratou diferente. Até parecia que eu não era filha dela. A senhora vê, faz vinte dias que o neto dela nasceu e até agora não foi capaz de vir até aqui pra conhecer êle."

Disse-lhe para não se precipitar emitindo julgamentos sem conhecer de fato as causas da ausência de sua mãe e insisti novamente para que logo que possível a mesma se comunicasse com

ela e expressasse seus sentimentos.

Já no que diz respeito aos requisitos de auto-cuidado de desenvolvimento constatee ausência de alterações relacionadas aos fenômenos regressivos do puerperal: involução uterina compatível com a fase puerperal, útero eutônico, lógicos praticamente ausentes; incisão operatória com bom aspecto, cicatrização normal.

Quanto ao fenômeno progressivo, ou seja à lactação, embora Anita relatasse a ocorrência de "leite insuficiente" continuava amamentando.

Abordados todos estes aspectos e feitos as intervenções que julgamos necessárias, Anita e eu nos despedimos e marcamos a data para a terceira e última visita domiciliar. Ao sair a mesma me agradeceu novamente e as crianças carinhosamente me abraçaram.

No dia 25/04/89 às 10:00 horas da manhã realizei a 3ª e última visita no domicílio de Anita. Era uma terça feira e a mesma já se encontrava no 59º dia de puerpério. Estava em casa com o esposo e três filhos, os demais estavam na escola.

Percebi que Anita ficou contente em me ver, mostrando-se receptiva e sorridente. Pediu-me para não "reparar" a desordem da casa pois ainda não tinha terminado de arrumá-la.

Cumprimentei seu esposo que estava se preparando para ir trabalhar e trocamos algumas palavras acerca do neném. Enquanto isso Anita foi até ao quarto e trouxe o mesmo para que eu o visse. Com aparente satisfação o pai interrompeu-nos para me dizer:

"A senhora viu como o neném cresceu? Graças a Deus ele está bem, com saúde. A primeira vez que Anita levou ele no pediatra ele tinha aumentado 900 gramas, foi quando ele fez um mês; amanhã ele vai de novo e eu quero ver quanto ele aumentou".

Realmente o neném parecia estar bem e ter aumentado de tamanho e peso. Bastante ativo movimentava os braços e pernas ao mesmo tempo em que fixava o olhar nos objetos e pessoas que ali se encontravam. Ao olhar para a mãe que o segurava no colo, sorriu.

Anita disse que o mesmo continuava no "peito" sendo que as vezes dava um "chazinho". Acrescentou que depois que levou-o no pediatra e viu que o mesmo estava se desenvolvendo bem, ficou mais confiante com seu leite.

Falei-lhe que ficava satisfeita em ver como ela e o neném pareciam estar bem e sobretudo pelo fato de vê-la amamentando com maior tranquilidade.

Lembrei-lhe que esta seria minha última visita mas gostaria de saber mais uma vez como vinha atendendo os objetivos de saúde estabelecidos a fim de corrigir os déficits de competência para o auto-cuidado apresentados pela mesma e também saber se havia surgido algum novo déficit. Sorrindo-me Anita disse que havia surgido um sim, fazendo-a lembrar muito de mim mas devido a preocupação com o mesmo ser muito grande não pôde me esperar. Ansiosa questionei-lhe do que se tratava. A mesma informou que tal preocupação estava relacionada à falta da menstruação, levando-a a acreditar na possibilidade de estar grávida:

"Até hoje a minha menstruação ainda não veio, eu pedi lá na maternidade para os médicos fazerem ligadura em mim e os mesmos me juraram que tinham feito, até eu estava muito feliz como a senhora mesmo viu. Mas minha felicidade foi acabando quando comecei a perceber que a minha menstruação não vinha; esta demora me deixou muito preocupada e comecei a pensar que estava grávida. Isto me deu um desespero tão grande que me levou a fazer um teste pra ver se eu estava grávida mesmo".

Dizendo-me isto foi pegar o resultado do exame para me mostrar, e é claro, deu negativo. Percebi que neste particular de um lado eu havia deixado uma brecha em relação ao diagnóstico de enfermagem, omitindo no levantamento de dados informações a este respeito, mas por outro lado entendi que o momento ainda era oportuno para abordarmos o assunto. Assim sendo procurei explicar para Anita que o fenômeno da amenorréia (ausência da menstruação) no período do puerpério é normal em decorrência da própria lactação. Acrescentei que a mesma retarda o processo ovulatório e conseqüentemente a menstruação não ocorre. Anita suspirou aliviada e disse que então estava tudo bem.

Quanto aos demais requisitos de auto-cuidado não foram constatados novos déficits e em relação aos detectados nos encontros anteriores, alguns objetivos de saúde estabelecidos para corrigi-los estavam sendo alcançados.

No que diz respeito à manutenção do equilíbrio entre recolhimento e interação social, mais especificamente no que se refere ao distanciamento social de Anita de sua família de origem (sua mãe), tinha sido recuperado pois a mesma tinha ido visitá-la e estava restabelecida a relação.

Quanto à manutenção do influxo suficiente de alimentos, o esposo de Anita me levou ao jardim para mostrar a pequena horta que tinha feito. Observei a presença de pequenas mudas de cenoura e alface, o que de certo modo me deixou satisfeita em função de se constituir em uma resposta positiva frente a minha intervenção. Cumprimentei-o pelo esforço e preocupação em resolver a questão. Em relação aos outros requisitos de auto-cuidado universais não constateei novos déficits, e os detectados anteriormente dispensavam minha intervenção.

O mesmo se deu em relação aos requisitos de auto-cuidado de desenvolvimento, com exceção da intervenção feita no início da visita e de desvio de saúde.

Assim sendo disse para Anita que embora esta se constituísse na minha última visita, caso necessitasse de alguma ajuda em relação a sua saúde, poderia me procurar na maternidade. A mesma agradeceu-me e disse que independente de estar precisando de ajuda iria na maternidade para me visitar e quem sabe até levar o neném para eu ver. Ao mesmo tempo insistiu para que eu fosse outras vezes visitá-los independente do meu estudo. Isto a deixaria muito feliz, acrescentou. Antes de nos despedirmos solicitei para que a mesma fizesse uma rápida avaliação do trabalho que havíamos desenvolvido e a mesma espontaneamente comentou:

"Ah, gostei muito, aprendi bastante. Me senti valorizada e passei a me conhecer melhor. De repente a gente pára pra pensar e descobre coisas boas dentro da gente. O estudo mexeu comigo, não só no jeito de pensar, mas também de agir. Foi muito bom. A senhora de-

via fazer com todas as mulheres da maternidade, elas também iam gostar!"

Fiquei muito satisfeita frente ao seu depoimento e também externei para Anita minha avaliação. Disse-lhe que havia aprendido muito com a mesma e gostaria de lhe agradecer.

Após esta avaliação, finalmente nos despedimos.

Anita deu-me um forte abraço e as crianças me beijaram. Despedi-me também do seu esposo e disse que qualquer dia aparecia. E realmente estive na residência de Anita outras vezes sendo que a última vez que tive notícias de sua família foi em agosto de 1990 quando fui solicitada para atender no domicílio uma puérpera que estava com problemas sérios relacionados à lactação, em um edifício localizado no centro de Florianópolis. Logo no hall de entrada fui abordada pelo porteiro: era o esposo de Anita.

Conforme explicitarei anteriormente apresento a seguir um resumo das diferentes etapas do processo de enfermagem referente aos déficits de competência apresentado por Anita em relação a um dos requisitos de auto-cuidado universal.

CAPÍTULO VI

DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO

Neste capítulo farei uma discussão e avaliação da aplicabilidade do marco conceitual na prática assistencial, comparando inicialmente os principais conceitos nele contidos com a realidade da situação encontrada. Posteriormente apresentarei os aspectos que facilitaram e as dificuldades encontradas na sua aplicação prática bem como as adaptações e modificações realizadas.

6.1. Comparação entre os principais conceitos do marco conceitual com a realidade da situação encontrada.

Auto-cuidado

OREM (1985) ao se referir ao auto-cuidado diz que o mesmo é uma necessidade universal dos seres humanos e consiste na "prática de ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos, para manter a vida, a saúde e o bem estar" (p. 84). Estas ações são desempenhadas pela própria pessoa para si mesma

quando ela atinge um estado de maturidade que a torna capaz de realizá-las de forma propositada, consistente, controlada e eficaz.

Tais ações possuem propósito, padrão e sequência e quando efetivamente desempenhadas contribuem de maneira específica para a integridade estrutural, funcional e o desenvolvimento humano. As mesmas são "aprendidas de acordo com as crenças, hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida cultural ao qual o indivíduo pertence (OREM, 1985, p. 108). Para a teórica, auto-cuidado é empenho humano, comportamento aprendido que possui características de ação deliberada. É produzido conforme os indivíduos se envolvem na ação para cuidarem de si próprios, para regularem seu próprio funcionamento e desenvolvimento interno, influenciando fatores internos e externos. Os propósitos a serem alcançados através de ações denominadas auto-cuidado são designados por OREM (1985) de requisitos de auto-cuidado, estando os mesmos categorizados em três dimensões: requisitos de auto-cuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

Ao transportar a definição deste conceito para a prática assistencial pude constatar que a totalidade das mulheres assistidas, independente do estrato social, idade (todas estavam incluídas dentro de uma faixa etária característica da maturidade), nível de escolaridade e origem étnica, se engajaram em ações de auto-cuidado, para além de manter a vida, a saúde e o bem estar, estabelecer e manter a lactação por um período mínimo desejável de seis meses, conforme preconizei no marco conceitual. Esta constatação configura a concretização do pressuposto

teórico sustentado neste estudo de que as mulheres que amamentam têm necessidade de desenvolver ações de auto-cuidado.

Tais ações representavam a exemplo do que postula NEVES (1987), muito mais do que a capacidade das mulheres fazerem "coisas" por si e para si mesmas. Observei que o auto-cuidado conforme conceptualiza OREM (1985), exigia das mulheres um conjunto de habilidades complexas, interrelacionadas de forma dinâmica e interdependente, onde o "ser capaz" de se engajar neste tipo de ação significava antes de tudo "em desejar". Uma vez estabelecida a motivação para agir, as mulheres assumiam o papel ativo frente as decisões e cuidados sobre sua própria saúde e bem estar. Isto implicava na necessidade de congruência entre as várias dimensões do auto-cuidado ou seja, física, psicológica, social e cognitiva de acordo com o apresentado por Sullivan, citada por NEVES (1987).

Neste estudo também foi significativo perceber no universo de mulheres assistidas, a multiplicidade de fatores externos e internos que influenciam o ser humano (que nesta situação específica é a mulher), tanto nas decisões e ações de auto-cuidado a que se refere OREM (1985), quanto na prática do aleitamento materno a que se referem inúmeros estudiosos.

No que diz respeito aos fatores externos pude perceber concretamente as influências do meio ambiente (físico/geográfico e contexto sócio-cultural) sobre a mulher nesta prática, uma vez que, de acordo com o marco conceitual elaborado, o meio ambiente está integrado com o ser humano, formando juntos uma unidade funcional ou sistema em relação ao auto-cuidado. Neste particu-

lar constatee que tanto o meio ambiente físico/geográfico quanto o contexto sócio-cultural exerciam influência direta e decisiva sobre a mulher tanto na prática de ações denominadas de auto-cuidado, quanto na prática do aleitamento materno propriamente dito.

Em relação ao contexto sócio-cultural observei também que tais ações eram aprendidas e desenvolvidas de acordo com as crenças, os hábitos e práticas que caracterizavam o estilo de vida cultural do grupo ao qual as mesmas pertenciam. Neste particular constatee na prática que muitas vezes o saber empírico das mulheres sobrepujava o saber científico dos profissionais de saúde, ocorrendo com significativa frequência, a prevalência do primeiro sobre o segundo, o que considere muitas vezes legítimo e apropriado em função dos pressupostos teóricos que nortearam o presente estudo, como também de alguns trabalhos revisados na literatura (SCAVONE, 1989, KNIEBIEHLER & FOUQUET, 1977, KITZINGER, 1978). Estas autoras ao abordarem a relação das mulheres com a saúde a partir de uma perspectiva histórico-estrutural e sócio-etnológica sustentam a tese de que "o dar a vida", "o ser mãe", está intimamente vinculado com os cuidados com a vida, determinando uma associação especial das mulheres com a saúde. Segundo SCAVONE (1989) esta relação está ancorada no próprio corpo feminino onde através da maternidade as mulheres desenvolveram um saber empírico relacionado com a saúde.

Este tipo de saber permeou inúmeras ações de auto-cuidado desenvolvidas pelo universo de mulheres assistidas neste estudo. As mesmas estavam basicamente relacionadas aos períodos

de "resguardo" e da amamentação e guardavam forte relação com cuidados preventivos relacionados à saúde. Entre as ações de auto-cuidado desenvolvidas pelas mulheres adotando este tipo de saber, observei que prevaleceram as seguintes: não andar descalço, não lavar a cabeça, não apanhar sereno, não andar na chuva, não apanhar vento, não lavar roupa, não molhar a barriga, não tomar líquidos gelados, fazer quarentena, não comer alimentos carregados, tomar canja de galinha, não sair de casa. Estas ações, do tipo restritivas, eram adotadas para prevenir a "recaída" e foram desenvolvidas pela maioria das clientes assistidas. Além destes cuidados de caráter preventivo, pude constatar também o desenvolvimento de ações visando o tratamento de doenças atribuídas à causas sobrenaturais (quebranto, mau olhado, feitiço), através da utilização de recursos do sistema popular (benzedeira/curandeira).

Também em relação ao contexto sócio-cultural, os dados mostram que o ambiente familiar/domiciliar, dos serviços de saúde e da comunidade/sociedade de modo geral, na totalidade das mulheres assistidas, assinalavam influências significativas nas suas decisões e nos seus modos de agir frente ao auto-cuidado e à prática do aleitamento materno. Tal constatação está de acordo com inúmeros estudos revisados na literatura tais como RASSIN et alii (1984) BARANOWSKI (1983), HEWAT (1985), JELLIFFE & JELLIFFE (1979), BADINTER (1985) entre outros.

Quanto ao ambiente familiar/domiciliar por exemplo, observei que a relação estabelecida com a família de origem (tanto da mulher quanto do homem), bem como o grupo de pares

(amigos, vizinhos, pessoas da mesma geração) representava para a maioria das mulheres um modelo significativo de aprendizado experiência e troca de saber. Mães, avós, irmãs mais velhas, tias, cunhadas, sogras e vizinhas, portanto todas mulheres, apareciam como fontes imperiosas de aconselhamento e exemplo a serem seguidos influenciando as mulheres em suas decisões e ações de auto-cuidado. Isto está de acordo com CHODOROW (1989) e com outros estudos revisados na literatura acerca das representações e modelos de maternidade (SCAVONE, 1985, 1989; SALEM, 1985; ALMEIDA 1985).

Ainda em relação a este contexto, constatei que os fatores sócio-econômicos apresentados pelas mulheres assistidas também se constituíam em elementos decisivos, introduzindo cortes fundamentais especialmente no que se refere às maneiras apresentadas por estas mulheres para atenderem seus requisitos de auto-cuidado na prática do aleitamento materno. Tais fatores estão de acordo com os apontados por HELSING (1981), e incluíam principalmente a renda familiar e a classe social das mulheres.

Quanto ao meio ambiente físico/geográfico compreendido neste estudo como o conjunto de componentes bióticos e abióticos que integram os diferentes espaços ocupados pelas mulheres (maternidade, domicílio, local de trabalho, bairro residencial, cidade), pude constatar no universo de mulheres assistidas que os mesmos também exerciam influência no comportamento das mesmas, sobretudo no que diz respeito as maneiras encontradas para atender seus requisitos de auto-cuidado na prática do aleitamento materno.

No que diz respeito aos fatores internos, pude constatar neste estudo que a história de vida, a estrutura cognitiva, afetiva, física, habilidades psico-motoras, estado de saúde, estilo de vida, experiência prévia em relação à maternidade e amamentação, exerciam influência significativa sobre as mulheres no que se refere às decisões e ações de auto-cuidado na prática do aleitamento materno. Estes fatores estão de acordo com os relatados por OREM (1985), HARRISON et alii (1985), MARIN (1988), BARANOWSKI (1983) e HEWAT (1985).

Todos estes aspectos aqui abordados revelam que o termo auto-cuidado, bem como os pressupostos teórico-filosóficos a ele relacionados mostraram-se consistentes, válidos e coerentes para a realidade da situação vivenciada na prática.

Além destes aspectos relacionados com o auto-cuidado, outro dado que me chamou a atenção neste estudo diz respeito ao papel de agente de cuidado dependente assumido e desempenhado pela totalidade das mulheres frente aos cuidados com os filhos. Neste estudo pude constatar que independente do estrato social e escolaridade, prevalecia junto às mulheres assistidas a idéia de que a figura materna se constitui acima de tudo na personagem "naturalmente" responsável pelos cuidados e criação dos mesmos. Devotada, disponível, abnegada, associada a esfera doméstica e situada como no dizer de ORTNER (1979) como mais próxima às "espécies da vida", cabia fundamentalmente à ela prestar cuidado integral e acompanhar o desenvolvimento de seu filho. Tal concepção estava fortemente incorporada no cotidiano das mesmas, deixando transparecer de forma clara a absorção de esquemas va-

lorativos e normativos que regem a função materna em nossa cultura. Foi possível perceber que o perfil da boa mãe traçado pelas mulheres assistidas coincidiu com o discurso ideológico proferido pelos especialistas das mais diversas áreas da nossa sociedade (médicos, filósofos, psicólogos, teólogos, etc) apontados por BADINTER (1985), NOVELINO (1988) entre outros pesquisadores, como os principais arquitetos dos modelos de maternidade na cultura ocidental.

Esta posição ocupada pela mulher como peça central nas tarefas de maternagem encontrada neste estudo está de acordo com o referenciado por CHODOROW (1990), NOVELINO (1988), PARSEVAL (1987), KITZINGER (1978).

Competência do indivíduo para o auto-cuidado

é a terminologia utilizada por OREM (1985) para referir-se ao poder, a competência ou potencial do indivíduo para se engajar no auto-cuidado. Esta capacidade que é inerente ao ser humano, começa a se desenvolver na infância, atinge um grau de perfeição como adulto e declina com o avançar da idade. A mesma é utilizada no sentido de um meio (instrumento) para exercer poder, uma habilidade. Tal habilidade é complexa e é adquirida para satisfazer as necessidades continuadas de uma pessoa no que toca ao cuidado que regula os processos vitais, mantém ou promove o bem estar. Ela desenvolve-se no transcurso do ciclo vital, dia a dia, através de um processo espontâneo de aprendizagem e

pode variar de acordo com o estado de saúde, os fatores que influenciam a educabilidade, as experiências de vida, conforme estas experiências capacitam a aprendizagem, às exposições à influências culturais e à utilização de recursos no viver diário.

Na prática do aleitamento materno a competência da mulher para o auto-cuidado foi utilizada para referir-se ao poder, à capacidade ou potencial que a mesma possui (desenvolvida ou em desenvolvimento) para se engajar em operações de auto-cuidado a fim de satisfazer suas necessidades continuadas de auto-cuidado de forma a regular seus processos vitais, manter e promover sua estrutura, funcionamento e desenvolvimento como ser humano integral. Este poder está relacionado com o estágio de desenvolvimento da mulher podendo variar de acordo com vários fatores. No presente estudo esta capacidade é representada por um conjunto de componentes físicos, cognitivos, afetivos e ambientais, os quais embora categorizados distintamente se apresentam articulados de forma dinâmica, interdependente e interrelacionada.

No universo deste estudo, pude constatar que o poder, o potencial que as mulheres possuíam para se engajar em operações de auto-cuidado, de forma a regular seus processos vitais, manter e promover sua estrutura, funcionamento e desenvolvimento, delineou-se de acordo com o explicitado no marco conceitual e com os estudos revisados sobre o assunto na literatura. Neste sentido, observei, a exemplo do que cita ALVAREZ (1990), que este poder apresentou variações significativas de mulher para mulher em função da especificidade e singularidade vivenciada por cada uma. Tais variações estavam relacionadas com diversos fato-

res e envolviam os diferentes componentes deste conceito, ou seja, físicos, cognitivos, motivacionais e ambientais, conforme categorizavam BACKSCHEIDER, 1974, KEARNEY & FLEISHER, 1979, NEVES, 1980, DENYES, 1980, GAST, 1983, ISENBERG, 1986 e ALVAREZ (1990).

Quanto aos componentes físicos, em linhas gerais, a totalidade de mulheres assistidas demonstraram nível adequado de competência para se engajarem em operações de auto-cuidado. Constatei que todas possuíam boa coordenação motora, destreza manual, acuidade visual e auditiva, tato, locomoção, ausência de doenças que contra-indicassem o aleitamento materno e condições estruturais e funcionais da glândula mamária compatíveis com a amamentação. Todos estes aspectos contribuíram para o êxito da lactação e estão de acordo com estudos revisados na literatura (HARRISON et alii 1985, HELSING, 1981, SANTOS, 1989). No que diz respeito à energia física e ao estado nutricional, embora a maioria das mulheres apresentasse condições aparentemente satisfatórias, identifiquei em duas situações específicas (Anita e Beatriz) déficits de competência relativos a determinados requisitos de auto-cuidado universais (manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso e manutenção da ingestão suficiente de alimentos) determinando influências negativas sobre a lactação (diminuição da produção láctea). Tais influências também foram descritas na literatura e estão de acordo com os estudos realizados por BATISTA DA SILVA (1985), HARRINSON et alii (1985) e HELSING (1981).

No que se refere aos componentes cognitivos da competência da mulher para o auto-cuidado no aleitamento materno, embora a maioria apresentasse bom nível de capacidade intelectual, ou seja, potencial para memorizar e manter a atenção, julgar certas situações, conceptualizar um sistema de ações e agir com base em julgamentos anteriores, pude mais uma vez constatar que a totalidade das mulheres assistidas, independente do nível de escolaridade, número de filhos, condição sócio-econômica, apresentavam déficits importantes de conhecimento relativos aos diversos requisitos de auto-cuidado (universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde). No que se refere aos requisitos de auto-cuidado de desenvolvimento, por exemplo, identifiquei que todas as mulheres possuíam déficits de conhecimento relativos à estrutura e funcionamento da glândula mamária, fatores que interferem no aleitamento materno, medidas profiláticas relacionadas aos problemas mais frequentes na lactação, entre outros.

No tocante aos componentes afetivos foi significativo perceber que as dez mulheres assistidas possuíam motivação satisfatória para se engajarem em operações de auto-cuidado na prática do aleitamento materno, contribuindo decisivamente para a obtenção do êxito nesta prática. A motivação e o desejo de se engajar em operações de auto-cuidado, bem como de amamentar, constituíram-se em elementos fundamentais neste estudo para o estabelecimento da competência da mulher para o auto-cuidado no aleitamento materno. Estes dados estão de acordo com os estudos realizados por MARIN (1988), HELSING (1981), JELLIFFE & JELLIFFE (1979).

E finalmente, no que se refere aos componentes meio-ambientais da competência da mulher para o auto-cuidado no aleitamento materno, foi importante perceber no contexto estudado, diferentes níveis de competência apresentado pelas mulheres. Neste particular, pude constatar a multiplicidade de fatores associados ao meio ambiente físico/geográfico e ao contexto sócio-cultural, influenciando a mulher na prática de ações de auto-cuidado no aleitamento materno.

Quanto ao ambiente físico/geográfico observei aspectos significativos na determinação da competência da mulher para o auto-cuidado no aleitamento materno. Tais aspectos estavam relacionados com a iluminação, ventilação, condições de higiene e aparência do ambiente, temperatura e umidade ambiental, sonoridade e umidade dos espaços físicos ocupados pelas mesmas (domicílio/maternidade).

No que diz respeito ao contexto sócio-cultural, por sua vez, também foi significativo perceber o modo como determinava variações no nível de competência apresentado pelas mesmas. Tais variações guardavam relação direta com vários aspectos. Em primeiro lugar com o tipo de relação restabelecida pelas mulheres com o cônjuge (relações de gênero), com as famílias de origem do casal, com o grupo de pares (amigos e vizinhos), com as instituições e profissionais de saúde e com a comunidade/sociedade de modo em geral, às quais assinalavam fortes influências sobre a mulher determinando "assets" ou "déficits" de competência para o auto-cuidado no aleitamento materno. Tais influências têm sido investigadas nos últimos anos em especial por cientis-

tas sociais e estão de acordo com os estudos realizados por ALMEIDA (1987), SALEM (1985), RASSIN et alii (1984), BARANOWSKI (1983), HEWAT (1985) e SCAVONE (1985).

Em segundo lugar constatee que as condições sócio-econômicas apresentadas pelas mulheres também introduziam cortes fundamentais nas maneiras encontradas pelas mesmas para atenderem seus requisitos de auto-cuidado, determinando com frequência, em especial nas mulheres de estrato social baixo e marginalizado, déficits de competência. A ingestão inadequada de alimentos, a falta de estabelecimento e manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso determinado pelo acúmulo de atividades na esfera doméstica, as condições precárias de moradia, enfim, o conjunto de carências materiais básicas, dependendo das estratégias utilizadas pelas mulheres no seu cotidiano para resistirem e suprirem tais carências, se constituíram neste estudo, em exemplos concretos de determinantes da competência da mulher para o auto-cuidado no aleitamento materno.

Em terceiro e último, também percebi no universo estudado, outros aspectos relacionados aos componentes sócio-culturais da competência das mulheres para o auto-cuidado. Entre eles destaco àqueles relacionados com os papéis e valores atribuídos à mulher em nossa sociedade e as representações sociais e modelos de maternidade e paternidade explicitados e vivenciados por elas.

Quanto aos valores e papéis atribuídos à mulher em nossa sociedade, constatee que para o universo das mulheres assistidas, independente do estado civil, escolaridade, idade, nú-

mero de filhos e estrato social, prevalecia a idéia de que a função materna constitui o núcleo central e definidor do "ser mulher" e que o lugar socialmente destinado à mesma, embora algumas reconhecessem que a situação sócio-política-afetiva da mulher tenha mudado e outras estivessem inseridas no mercado de trabalho, continuava sendo a família. A maioria delas revelou encontrar realização pessoal na privacidade do lar, nos cuidados com os filhos. Na realidade estes dados revelam a absorção de esquemas valorativos e normativos que regem o "que é ser mulher" e "qual a função materna" em nossa cultura e estão de acordo com inúmeros estudos revisados na literatura (NOVELINO, 1988, PARSEVAL, 1986, SCAVONE, 1985, SALEM 1985, CHODOROW, 1990, ROSALDO, 1979).

No tocante às representações e modelos de maternidade e paternidade, embora três das dez mulheres assumissem a maternidade de modo independente, prevalecia o modelo tradicional de acordo com as características apontadas por ALMEIDA (1987). Entre outras características este modelo privilegia a participação da rede de parentesco em todas as fases da maternidade: gestação, parto, puerpério e amamentação determinando a exemplo dos aspectos citados acima influências significativas sobre as maneiras encontradas pelas mulheres para atender seus requisitos de auto-cuidado.

Vale ainda realçar entretanto que neste estudo percebi de forma concreta que tais componentes do conceito competência da mulher para o auto-cuidado no aleitamento materno, embora categorizados distintamente, se apresentaram articulados de forma

dinâmica, interdependente e interrelacionada conforme preconizei no marco conceitual.

Demanda Terapêutica do Auto-Cuidado

De acordo com OREM (1985), consiste na totalidade das ações de auto-cuidado requeridas pelo indivíduo em determinado período, de modo a satisfazer seus requisitos de auto-cuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

Neste estudo, a demanda terapêutica do auto-cuidado no aleitamento materno foi utilizada para referir-se à totalidade das ações a serem desempenhadas pelas mulheres durante o período da lactação de modo a satisfazer seus requisitos de auto-cuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde. Estas ações poderiam estar voltadas à promoção do aleitamento materno, à prevenção de problemas e obstáculos que pudessem impedir ou dificultar a amamentação conforme descreveram VINHA (1983) e SANTOS (1989), à recuperação e reabilitação das alterações anormais ocorridas no período da lactação. As mesmas seriam desempenhadas com o propósito de satisfazer os requisitos de auto-cuidado universais, que são comuns a todos os indivíduos (oxigenação, hidratação, alimentação, equilíbrio entre atividade e repouso, recolhimento e interação social, etc), os requisitos de auto-cuidado de desenvolvimento (específicos à mulher durante a gestação, parto, puerpério e lactação) e os requisitos de auto-cuidado referentes aos desvios de saúde (quando na presença de alterações ou desvios estruturais e funcionais da mulher enquanto um ser integral).

Na prática assistencial a demanda terapêutica do auto-cuidado das mulheres assistidas foi identificada a partir da particularização dos requisitos de auto-cuidado (universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde) de acordo com instrumento elaborado (ANEXO III). Conforme explicitarei no capítulo anterior para cada requisito de auto-cuidado particularizado foram adicionadas informações visando identificar aspectos físicos, cognitivos, afetivos e meio ambientais que caracterizavam os componentes do conceito competência da mulher para o auto-cuidado no aleitamento materno sem os quais não poderia identificar a demanda terapêutica do auto-cuidado das mulheres.

Assim sendo, a partir da particularização dos requisitos de auto-cuidado das mulheres assistidas pude constatar que todas as mulheres desempenharam de modo satisfatório ações terapêuticas necessárias para o atendimento dos seus requisitos de auto-cuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde. Estas ações estavam relacionadas com a promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde.

Competência da Enfermagem para Agenciar o Auto-Cuidado.

Segundo OREM (1985) é a capacidade ou potencial que a enfermagem possui para desempenhar ações de auto-cuidado para, pelo e com o indivíduo. Os componentes e indicadores deste conceito incluem conhecimento de enfermagem, repertório de habilidades sociais, interpessoais e de enfermagem e ainda, motivação

e desejo de cuidar. A autora estabelece três tipos de sistemas de enfermagem relacionados com a dinâmica do auto-cuidado sendo que os mesmos estão relacionados com a determinação dos déficits de competência para o auto-cuidado apresentados pelos indivíduos frente à demanda terapêutica do auto-cuidado.

Neste estudo a competência ou poder da enfermagem foi utilizado para referir-se à capacidade ou potencial da enfermagem para desempenhar ações de auto-cuidado para, pela e com a mulher no aleitamento materno. Os componentes e indicadores deste conceito nesta situação específica incluíram conhecimento específico referente a amamentação, experiência do profissional de enfermagem na área do aleitamento materno, domínio de procedimentos relativos ao processo da lactação, repertório de habilidades sociais e interpessoais em especial à comunicação (verbal e escrita), motivação do profissional em incentivar esta prática bem como o desejo de prestar assistência de enfermagem nesta situação específica.

Pude constatar na prática assistencial que os componentes e indicadores do conceito competência da enfermagem para agenciar o sistema de auto-cuidado das mulheres foram indispensáveis para a realização deste estudo.

Quanto ao conhecimento, no que se refere à revisão de literatura, embora a mesma tenha deixado lacunas importantes acerca da utilização de marcos conceituais fundamentados na teoria de Orem para direcionar a assistência de enfermagem à mulher no aleitamento materno, pude constatar que em contrapartida trouxe-me contribuições valiosas acerca dos temas mulher, alei-

tamento materno, e marcos conceituais fundamentados na teoria do auto-cuidado de Orem direcionados à mulher em diferentes situações, dando-me sustentação teórica adequada para agenciar o sistema de auto-cuidado das mulheres assistidas. Neste particular também foram relevantes os conhecimentos adquiridos através da participação de congressos, simpósios, jornadas e cursos referentes aos temas aleitamento materno, mulher e teorias de enfermagem.

No que diz respeito à experiência profissional nesta área, ao domínio de procedimentos relativos ao processo de lactação e ao repertório de habilidades sociais e interpessoais, acredito que a somatória de quinze anos de contínuo exercício teórico-prático frente a frente com mulheres vivenciando a gravidez, o parto e a amamentação, contribuiu de maneira significativa para o estabelecimento de minha competência no direcionamento da assistência de enfermagem prestada às mulheres.

Todos estes aspectos aliados à motivação em incentivar a prática do aleitamento materno e de prestar assistência de enfermagem à mulher nesta situação específica, revelaram-se neste estudo como elementos fundamentais e definidores da competência do profissional de enfermagem para agenciar o sistema de auto-cuidado da mulher no aleitamento materno.

E finalmente, no que se refere ao tipo de sistema de enfermagem relacionado com a dinâmica de auto-cuidado, neste estudo prevaleceu o sistema de suporte educativo o que já era previsto em função das características da população assistida e dos critérios previamente estabelecidos para a seleção da mesma.

Assim sendo, a enfermeira atuou como reguladora do sistema, orientando, facilitando, ajustando, motivando, provendo conhecimentos e estimulando a busca de meios adequados para que as mulheres pudessem desempenhar as ações terapêuticas de auto-cuidado de modo satisfatório.

6.2. Aspectos que facilitaram a aplicação do marco conceitual fundamentado na Teoria do Auto-Cuidado de OREM na prática, tendo como foco central a mulher no aleitamento materno.

- As adaptações feitas nos conceitos da teoria de OREM na concepção do marco conceitual, tornaram possível a operacionalização do mesmo na prática.
- A teoria do auto-cuidado de OREM favoreceu a compreensão do ser humano (mulher) e do meio-ambiente como um todo integrado relacionado à dinâmica do auto-cuidado permitindo vislumbrar a mulher no aleitamento materno de forma holística.
- Experiência anterior com a Teoria do Auto-Cuidado de OREM por ocasião da realização do Curso de Especialização em Enfermagem na Saúde do Adulto, na UFSC em 1981 e como orientadora de um projeto assistencial desenvolvido por alunos da VIII unidade curricular (atual 8ª fase) do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, em 1984.
- Realização de disciplinas optativas no decorrer do Curso de Mestrado tais como: processo de enfermagem, pesquisa qualitativa, estudo independente sobre conceito de auto-cuidado e competência para o auto cuidado e mais recentemente a disci-

plina Antropologia da Mulher.

- Estudo bibliográfico prévio relacionado a aspectos teórico-práticos do aleitamento materno e à Teoria do Auto-Cuidado de Orem.
- A experiência vivida como enfermeira e docente no Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno, a qual, indiscutivelmente me deu sustentação teórico-clínica (conhecimento antecedente) acerca do aleitamento materno fundamental para gerenciar o sistema de auto-cuidado da mulher nesta prática.
- A receptividade e o acesso às clientes bem como aos seus familiares.
- O fato de ter direcionado desde o início do curso para a área de meu interesse (aleitamento materno) e também por já acreditar no modelo de Orem como proposta para direcionar a assistência de enfermagem nesta prática.
- O fato de desenvolver o projeto na instituição e serviço onde já desenvolvo minhas atividades assistenciais e docentes. Esta condição me deu total liberdade para agir, intervir e também facilitou na execução do projeto.
- O apoio recebido pelo pessoal de enfermagem do Banco de Leite Humano e CIAM das unidades de internação, becários, dos profissionais da instituição e fora dela, bem como das colegas, Chefia do Serviço Enfermagem e Direção da Maternidade Carmela Dutra.
- O fato de "acreditar" na importância do marco para a prática assistencial e por ter percebido que o mesmo ampliava minha

visão do ser humano, melhorava minha concepção sobre saúde/doença, meio ambiente, enfermagem, sociedade/comunidade.

- As contribuições e participação do pessoal do Banco de Leite Humano e CIAM no desenvolvimento do trabalho.

6.3. Dificuldades encontradas na aplicação do marco conceitual fundamentado na Teoria do Auto-Cuidado de Orem na prática assistencial.

- A mudança de filosofia no concreto de "ESTOU AQUI PARA CUIDAR DE VOCÊ para ESTOU AQUI PARA AJUDAR A VOCÊ A CUIDAR DE SI MESMA" - a princípio foi difícil tanto para mim como para a cliente, gerando por vezes confusão de papéis;
- Coletar e registrar os dados: a prática é extremamente dinâmica e nem sempre é possível registrar os dados na íntegra. Também senti dificuldades em relação ao tempo dispendido para o registro dos mesmos.
- Alcançar objetivos de saúde relacionados ao auto-cuidado junto às clientes com limitações impostas pelas condições sócio-econômicas.
- Identificar/determinar a competência da mulher para o auto-cuidado em determinados aspectos (por ex: aspecto nutricional).
- Insuficiência de material bibliográfico acerca da implementação de marcos conceituais fundamentados na teoria de auto-cuidado de OREM à mulher no aleitamento materno.

6.4. Adaptações e modificações realizadas.

Todas as adaptações e modificações realizadas neste estudo foram procedidas após o término do primeiro período da prática assistencial. As mesmas estão relacionadas com o marco conceitual, com o processo de enfermagem e com os aspectos metodológicos deste estudo, conforme já explicitarei anteriormente.

No que diz respeito ao marco conceitual foram adaptados e modificados os seguintes conceitos:

- ser humano (mulher no aleitamento materno): passei a utilizá-lo tanto para referir-me à identidade biológica do ser mulher, como também para referir-me à identidade do gênero.
- meio-ambiente: explicitarei os componentes do conceito de meio ambiente e adaptei-os à situação concreta da mulher no aleitamento materno.
- competência da mulher para o auto-cuidado no aleitamento materno: detalhei os componentes do referido conceito.

Ainda em relação ao marco conceitual, foi modificada a ordem de apresentação dos conceitos nele contidos e incluída uma representação esquemática do mesmo.

Quanto ao processo de enfermagem as principais modificações ocorreram em relação ao diagnóstico e prescrição:

- foram incluídos no instrumento utilizado para coleta inicial e contínua dos dados, aspectos relacionados à história de vida da mulher e aos componentes do conceito de competência para o auto-cuidado nos itens referentes aos requisitos de auto-cuidado universais e de desvio de saúde;

- o instrumento passou a ser utilizado como um guia, um roteiro de forma flexível;
- o método de registro de dados foi modificado para notas de enfermeira, notas metodológicas e reflexões teóricas, sendo efetuadas em folhas a parte.

E finalmente no que se refere aos aspectos metodológicos foi abolido o cronograma rígido de visitas domiciliares.

CAPÍTULO VII

CONSIDERAÇÕES FINAIS, IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Qualquer teoria seja filosófica ou científica não sobrevive apenas da produção do seu autor. Depois de se tornar pública ela está sujeita a uma variedade de interpretações, análises, questionamentos e críticas. Quem a utiliza, junto da tarefa de aprender fielmente os dizeres daquele que a produziu, existe uma outra: a de avançar, progredir, ir além no sentido de identificar e preencher lacunas, suscitar questionamentos, propor mudanças fazendo com que a mesma permaneça viva no ciclo de evolução do saber e possa desta forma ser cada vez mais aperfeiçoada e conseqüentemente mais útil para aqueles que a adotam.

O fato deste estudo se limitar a um universo bastante restrito de mulheres, de um lado dificultou uma análise mais profunda, global e rigorosa acerca dos conceitos contidos na teoria do auto-cuidado de Drem e por outro, me impediu de estabelecer conclusões definitivas e generalizações acerca dos resultados. Isto não invalida contudo que algumas considerações sejam formuladas ao finalizar o presente estudo.

Os dados apresentados revelam que o marco conceitual desenvolvido a partir da teoria do Auto-cuidado de DREM, foi

operacionalizável na prática com o universo de mulheres assistidas, independente do estrato social, idade, ocupação, escolaridade e origem étnica. Entretanto, vale sublinhar, que para viabilizar esta operacionalização, os conceitos da referida teoria foram previamente adaptados e integrados à minha realidade e situação concretamente vivenciadas na prática.

Os pressupostos teórico-filosóficos que nortearam o presente estudo se concretizaram na prática e os conceitos contidos no marco conceitual mostraram-se coerentes, consistentes e válidos para a realidade vivenciada.

A Teoria do Auto-cuidado de OREM, mostrou-se extremamente útil não só como uma proposta de assistência "individualizada" mas sobretudo como um instrumento potencial para a conscientização em massa do universo leigo de mulheres acerca de suas necessidades de saúde.

Os componentes do conceito de competência do indivíduo para o auto-cuidado identificados e categorizados por pesquisadores e teóricos de enfermagem se constituíram em elementos fundamentais para a identificação da competência das mulheres para o auto-cuidado no aleitamento materno.

As narrativas orais de vida feitas pelas mulheres mesmo que fragmentadas e nem sempre lineares, por um lado enriqueceram a coleta de dados e por outro permitiram-me desvelar de forma mais profunda e abrangente aspectos relacionados às suas competências para o auto-cuidado no aleitamento materno.

A habilidade, experiência profissional e conhecimento antecedente referente aos aspectos teóricos-clínicos do aleita-

mento materno, à teoria do auto-cuidado de OREM e ao processo de enfermagem, associados à experiência pessoal vivida como mulher/mãe/nutriz e a motivação pela área, foram elementos fundamentais no que diz respeito à competência do profissional de enfermagem para agenciar o sistema de auto-cuidado das mulheres assistidas.

Ao longo do desenvolvimento do estudo modificações foram feitas tanto no que diz respeito ao processo de enfermagem quanto à determinados aspectos metodológicos, fazendo sempre prevalecer não o método em si mas os objetivos e resultados da implementação da assistência.

As visitas realizadas no domicílio das mulheres foram extremamente importantes e significativas pois me ajudaram a ver, sentir e compreender as mulheres no seu próprio mundo, no seu cotidiano, com suas experiências diárias, estilo de vida, suas preocupações, dificuldades e realizações.

O marco conceitual utilizado além de me dar fundamentação teórica, serviu como um importante guia, fornecendo direcionamento adequado para a assistência de enfermagem prestada à mulher no aleitamento materno. Sua utilização propiciou vislumbrá-la de forma holística, em íntima relação com o meio ambiente, promovendo seu crescimento como ser humano integral, fazendo-a descobrir a si mesma, suas potencialidades e superar suas limitações.

Portanto, acredito que a experiência vivenciada neste estudo, onde procurei corresponder ao esforço empreendido por uma das teóricas da enfermagem no sentido de organizar e esta-

belecer as bases do saber de enfermagem, implementando sua teoria na prática, se constitui em uma contribuição à expansão da referida teoria e conseqüentemente ao desenvolvimento da profissão.

7.1. Implicações

Os resultados deste estudo oferecem implicações para a assistência, ensino, pesquisa e o saber da enfermagem.

Para a assistência:

- oferece subsídios concretos para a absorção da teoria do auto-cuidado na prática assistencial;
- contribui para o desenvolvimento e implementação de marcos conceituais fundamentados na teoria do auto-cuidado para direcionar a assistência de enfermagem à mulher no aleitamento materno;
- contribui para a compreensão da problemática do aleitamento materno sob o ângulo da mulher.

Para o ensino:

- propicia o intercâmbio de experiências entre discentes e docentes dos cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem;
- oportuniza ao aluno de graduação e pós-graduação em enfermagem conhecer a implementação de marcos conceituais na prática de enfermagem;

- contribui para a compreensão dos elementos conceituais da teoria do auto-cuidado de OREM, favorecendo a absorção e socialização dos mesmos em nosso meio.

Para a pesquisa:

- contribui para o desenvolvimento de novas pesquisas sobre os temas mulher, auto-cuidado e aleitamento materno;
- contribui para o desenvolvimento de pesquisas sobre a aplicabilidade de marcos conceituais na prática.

Para o saber da enfermagem:

- contribui para a expansão do conhecimento da teoria do auto-cuidado de OREM;
- contribui para o fortalecimento das bases do saber da enfermagem;
- desmistifica a dicotomia teoria/prática.

7.2. Recomendações

(1) Assistência

- que o marco conceitual e o processo de enfermagem utilizados no presente estudo sejam adotados como metodologia assistencial pelo Serviço do Banco de Leite Humano e CIAM da Maternidade Carmela Dutra, Fpolis para direcionar a assistência de enfermagem à mulher no aleitamento materno;

- que alunos de graduação em enfermagem, docentes e enfermeiras assistenciais reapliquem o marco conceitual na prática, criticando e procedendo modificações se necessário, com o objetivo de aperfeiçoá-lo;
- que as enfermeiras que atuam na área de assistência à saúde da mulher desenvolvam marcos conceituais fundamentados na Teoria do Auto-Cuidado de Dorothea Orem para direcionar a assistência de enfermagem prestada;
- que os profissionais de enfermagem que atuam na área de assistência à saúde da mulher procurem conhecer, valorizar e respeitar as crenças, os hábitos, as experiências e práticas das mulheres frente às situações de saúde/doença;
- que a filosofia e terminologia utilizada na Teoria do Auto-Cuidado de OREM (principais conceitos) sejam divulgadas entre os profissionais de enfermagem e de saúde de modo geral;

(2) Pesquisa

- que a Teoria do Auto-Cuidado de OREM seja utilizada como marco de referência para o desenvolvimento de pesquisas direcionadas à assistência de enfermagem à mulher;
- que sejam realizadas pesquisas quantitativas e especialmente qualitativas para identificar a competência da mulher para o auto-cuidado no aleitamento materno;
- que sejam realizadas pesquisas quantitativas e qualitativas para identificar a competência da enfermeira para agenciar o sistema de auto-cuidado da mulher no aleitamento materno;

- que seja criado no Curso de Pós-Graduação da UFSC um NÚCLEO DE ESTUDOS DE FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM visando o desenvolvimento de pesquisas e estudos utilizando as teorias de enfermagem bem como o intercâmbio com outros núcleos desta natureza já existentes;
- que sejam incrementados estudos e pesquisas visando testar as teorias de enfermagem existentes ou gerar novas teorias de enfermagem com base na realidade sócio-cultural do país;
- que os cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem estimulem uma maior produção acadêmica acerca dos temas mulher e gênero;
- que sejam incrementados novos estudos e pesquisas na área do aleitamento materno tendo como foco central a mulher;

(3) Ensino

- que os cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem estimulem a elaboração e utilização de marcos conceituais fundamentados nas teorias de enfermagem nos seus trabalhos acadêmicos e dissertações, para direcionar a assistência de enfermagem prestada nos diversos campos de ação;
- que os alunos dos cursos de graduação tenham acesso, condições de discussão e aprofundamento no que diz respeito às teorias de enfermagem.
- que os cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem incorporem uma nova mentalidade relativa à mulher e às relações de gênero, criando disciplinas específicas que abordem estes temas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M^ª Isabel M. A "Nova Maternidade": uma ilustração das ambiguidades do processo de modernização das famílias. In: FIGUEIRA, S. (Org) Uma Nova Família? Rio de Janeiro Zahar, 1987, pp 55-67.
- ALVAREZ, Angela M^ª. Aplicação da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem aos residentes do Centro Vivencial dos Idosos de Florianópolis, UFSC Mimeografado, 1987.
- Identificação das Exigências de Auto-Cuidado Terapêutico em Mulheres Idosas e de sua Competência para Satisfazê-las. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- AKIN, J. et alii. The determinants of breast-feeding, in Sri Lanka. Demography, 18 (3): 287-302, 1981.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Committee on Nutrition: Human milk banking, Pediatrics 65: 854, 1980.
- AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. Infant Feeding in the United States. Policy Statement. American Journal of Public Health, 71 (2): 207-211, 1981.
- ANDERSON, J. E. et alii. Breast-feeding birth interval and infant health. Pediatrics, 74 (4), 1984.

- ARIÈS, P. História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro, Zahar, 1985.
- ARIÈS, P. & DUBIN, G. História da Vida Privada. São Paulo, Companhia das Letras, 1990.
- ASSIS, M. A. A. et alii. Planejamento de Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno. Rev. Saúde Pública, S. Paulo, 17:406-12, 1983.
- BACKSHEIDER, J. F. Self-care requirements, self-care capabilities, and nursing systems in the diabetic nurse management clinic. American Journal of Public Health, Washington, 64 (12): 1138-46, 1974.
- BADINTER, Elisabeth. Um é o Outro. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986, 310 p.
- _____. Um amor conquistado: o mito do amor materno, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985, 370 p.
- BAER, E. C. Promoting breast-feeding: a national responsibility. Studies in Family Planning, 12 (4): 198-206, 1981.
- BALANDIER, Georges. Antropo-lógicas. São Paulo, Cultrix, 1976. pp. 19-66.
- BARANOWSKI, T. B. et alii. Social support, social influence, ethnicity, and the breast-feeding decision. Soc. Sci. Med., 12: 1599-1611, 1983.
- BATISTA DA SILVA, A. M. W. Estado nutricional da lactante e composição do seu leite - Um estudo monográfico. Ribeirão Preto, SP, 1985. 200 p. (Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo).

- BERQUÓ, E. et alii. Caracterização e determinantes do aleitamento materno na Grande São Paulo e na Grande Recife. São Paulo, CEBRAP, 1984 (Cadernos CEBRAP 2 - Nova série).
- BERQUÓ, E. et alii 1987 - Repercussões do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno sobre a Prática de Amamentar das mães da Grande São Paulo. CEBRAP, 1987.
- BLAY, E. A. Emancipação da mulher e aleitamento materno e a política do aleitamento materno. Ped. (São Paulo), 5 (2): 129-132, 1983.
- BUTTE, N. F. et alii. Human milk intake and growth in exclusively breast feed infants. J. Pediatr., 104 (2): 187-195, 1984.
- BUTZ, W. P. & DAVANZO, J. Determinants of breastfeeding and weaning patterns in Malasia. Presented at the 50th Annual Meeting of the Population Association of America, Washington, D. C., March 26-28, 1981.
- CAMERON, M & HOFVANDER, Y. Manual on feeding infants and young children. Londres, Oxford Medical Publications, 1983.
- CAMPESTRINI, Selma. Alojamento Conjunto e Incentivo a amamentação. Curitiba, Educa, 1983.
- CARVALHO, M. et alii. Estímulo ao aleitamento materno. Clínica Pediátrica, 2 (1): 35-41, 1985.
- CENTRO INTERNACIONAL DA INFÂNCIA. O aleitamento materno - 3ª parte. J. Pediatr., 52 (6): 433-38, 1982.
- CHODOROW, Nancy. Psicanálise da Maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher. Rio de Janeiro, Ed. Rosa dos Tempos, 1990.

- COALE, A. J. et alii. Nuptialy and fertility in the Republic of Korea. Presented at the International Union for the Scientific Study of Population, Bruges, Belgium, Jan, 8-11, 1979.
- COLMAN, A. & COLMAN, L. O Pai - mitologia e papéis em mutação. São Paulo, Cultrix, 1988, 265 p.
- COMITÊ DE ALEITAMENTO MATERNO. Atividades do Comitê de Aleitamento Materno. Jornal de Pediatria, 59 (1): 10-12, 1985.
- COUTINHO, S.B. et alii. Influência do tipo de aleitamento sobre o ganho pondo-estatural de crianças no 1º ano de vida. Jornal de Pediatria, 64 (3): 75-82, 1988.
- DEL FINAL, J. H. Breast feeding and infant mortality: retrospective evidence from six communities in Guatemala. Presented at the 50th Annual Meeting of the Population Association of America, Washington, D. C, 1981 March, 25-27, 26 p.
- DENIES, M. T. Development of an instrument to measure self-care agency in adolescents Michigan, Michigan, 1980 - Doctoral dissertation, the University of Michigan.
- DEPARTMENT OF WELFARE AND HEALTH MOTHERCHILD HEALTH AND PLANNING DIVISIONS. Breast-feeding recent tendencies in Mexican experience. México, 30 p., 1981.
- FEACHAM, R. G. & KOBLINSKY, M. A. Interventions for the control of diarrheal diseases among young children: promotion of breast feeding. Bulletin of the world Health Organization, 62 (1): 271-291, 1984.
- FOMON, S. J. et alii. Recomentations for feeding normal infants. Pediatrics, 63 (1): 52-59, 1979.

FOSTER, P. C. & JANSSENS, P. N. Dorothea E. Orem. In: Nursing Theories Conference Group: the base for professional nursing practice. New Jersey, Prentice-Hall, 1980.

..... Dorothea E. Orem. In: Nursing Theories Conference Group. The base for professional nursing practice. New Jersey, Prentice-Hall, 1985. pp. 124-139.

FRANCHETTO, B. et alii. Antropologia e Feminismo. Perspectivas Antropológicas da Mulher 1. Rio de Janeiro, Zahar, 1981. pp. 11-47.

FREITAS, C. L. et alii. Lactancia materna y malnutricion en zonas rurales del Nordeste del Brasil. Bol. Of. Sanit. Panam. 102 (3): 227-236, 1987.

FREY & DENIES. Health and illness self-care in adolescents with IDDM: A test of Orem's theory. Adv. Nurs. Sci 1989; 12 (1): 67-75, october/89.

GAST, Hertha L. et alii. Self-care agency: Conceptualizations and operationalizations. Adv. Nurs. Sci 1989; 12 (1): 26-38.

GAST, Hertha L. The relationship between stages of ego development and development stages of health self-care operations. Texas, 1983. Doctoral dissertation, Texas Woman's University.

GIBBONS, G. & HUFFMAN, S. L. El redescubrimiento de la Lactância materna. New York, UNICEF, 1986.

GODELIER, Maurice. As Relações Homem-Mulher: O Problema da Dominação Masculina. Encontros com a Civilização Brasileira n.º 26, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1980. pp. 9.29

GOLDBERG, H. I. et alii. Infant mortality and breast-feeding in Northeastern Brazil. Presented at the Population Association

- of America annual meeting, San Diego, California, April 29 - May, 22 p. 1982.
- GOLDENBERG, P. et alii. Desnutrição x Amamentação x Aleitamento Artificial. Rio de Janeiro, Revista Ciência Hoje, 1 (5): 73-75. 1985.
- GOLDENBERG, Mirian. A Outra: um estudo antropológico sobre a identidade da amante do homem casado. Rio de Janeiro. Reavan, 1990.
- GONZÁLES, F. T. & GOMES, A. T. Tratamento del cancer de mama. Madrid, Salvat, 1985, pp. 41-45.
- GORDON, J. E. et alii. Weanling diarrhea. American Journal of the Medical Sciences, 245 (3): 129-161, 1963.
- GRAMSCI, A. El Materialismo Historico y la Filosofía de Benedetto Croce. B Aires, Ed. Nueva Vison, 1973, p. 123-4.
- GREINER, T. et alii. The economic value of breastfeeding. Ithaca, New York, Cornell University, Program on International Nutrition. Cornell International Nutrition Monograph Series 6, 154 p. 1979.
- GREINER, T. et alii. The insufficient milk syndrome: an alternative explanation. Med. Antrop., 5: 233-57, 1981.
- GRISARD, Nelson et alii. Aleitamento Materno: estudo de uma amostra populacional em Florianópolis. Arquivo Catarinense de Medicina, 11 (3): 107-113, 1982.
- GUERREIRO, M. E. C. La alegría de amamentar. Bogotá, Colombia, Editorial Norma S.A., 1985. 203 p.

- GUSSLER, J. D. & BRIESEMEISTER, L. H. The insufficient milk syndrome: a biocultural explanation. Medical Anthropology, 4 (2): 145-174, 1980.
- GYORGY, P. Aspectos bioquímicos. El valor incomparable de la leche materna. Publicación científica da OPS, 250: 4-10, 1972.
- HALES, D. J. et alii. The effect of early skin-to-skin contact on maternal behavior at twelve hours. Pediatric Research, 8: 259, 1975.
- HAMBRAEUS, L. Proprietary milk versus human breast milk in infant feeding. Pediatr. Clin. North Am., 24 (1): 17-36, 1977.
- HARRISON, M. J. et alii. Successful breast feeding: the mothers dilemma. Journal of Advanced Nursing, 10: 261-269, 1985.
- HELSING, E. Infant feeding practices in Northern Europe. In: Assignment Children, 55/56, 1981. pp. 71-90.
- MÉRITIER, Françoise. Mulheres de Sabedoria, Mulheres de Ânimo, Mulheres de Influência. In: A Mulher e o Poder. Cadernos da Condição Feminina nº 20. Ed. da Comissão Feminina, Lisboa, 1987.
- HEWAT, R. More effective education for breast feeding women. Can. Nurs., 81: 38-40, 1985.
- HOUSTON, M. J. Breast feeding, fertility and child health: a review of international issues. Journal of Advanced Nursing, 11: 35-40, 1986.
- ISENBERG, M. Theoretical analysis of ESCA scale as a valid measure of exercise of self care-agency. Proceedings of the International Nursing Research Conference, New Frontiers in Nursing Research, University of Alberta, Edmonton, Canadá, 1986.

- JELLIFFE, D. B. & JELLIFFE, E. F. F. Human milk in the Modern World. Oxford University Press, Oxford, 1979. 500 p.
- JOHNSTON, R. L. Drem Self-care Model of Nursing. In: FITZPATRICK, J. J. & WALL, A. L. Conceptual models of nursing. Robert Brady Co, 1983, pp. 137-155.
- KLAUS, M. H. & KENNEL, J. H. La relacion madre-hijo. Buenos Aires, Editorial Media Panamericana, 1978. 228 p.
- KEARNEY, B. Y. & FLEISHER, B. J. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. Res. Nurs. & Health, New York, 2 (1): 25-34, 1979.
- KITZINGER, Sheila. Mães um estudo antropológico da maternidade. Lisboa, Presença, 1978.
- KNIEBIEHLER, Y. & FOUQUET, D. L'histoire des mères Paris, Montalba, 1980.
- KNODEL, J. Breast-feeding and population growth. Science, 198: 1111-1115, 1977.
- LANGER, M. Maternidade e Sexo. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1981. 266 p.
- LAWRENCE, R. A. Breast-feeding: a guide for the medical profession. St. Louis, Missouri, C. V. Mosby, 1980. 367 p.
- _____. Normal growth, failure to thrive and obesity in the breast fed infant. In: Breast feeding. 2. ed. Mosby Company, p. 275 - 96, 1985.
- LEAVEL, H. & CLARK, G. Medicina Preventiva. Rio de Janeiro. Ed. Mc Graw - Hill do Brasil, 1978.

- LEI, D. L. et alii. Aleitamento Materno no Programa de Nutrição em Saúde (PNS). Jornal de Pediatria, 63 (4): 176-177, 1987.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. As Estruturas Elementares do Parentesco. Petrópolis, Vozes, 1976.
- MALDONADO, Maria Tereza. Maternidade e Paternidade. Petrópolis, Vozes, 1989, 156 p.
- MANDL, P. E. Some examples of the many models of rooming-in. In: Assignment Children, 55/56, 1981, pp. 107-114.
- MARIN, B. V. Promocion de la lactancia materna mediante una accion educativa, dirigida a mujeres embarazadas. Bol. Of. Sanit. Panam., 104 (1): 14-22, 1988.
- MARTINS FILHO, J. & SANGED, C. A. Aleitamento Materno: Modificação da Prevalência da Amamentação na Região de Campinas Após Dito Anos de Estímulo Contínuo, em Nível Ambulatorial. Jornal de Pediatria, 64 (6): 251-256, 1987.
- MATA, L. The importance of breast feeding for optimal child health and well-being. Clinical Nutrition, 3 (1), January/February 1984.
- MEAD, Margaret. Macho e Femea. Rio de Janeiro, Editora Vozes, 1971, 318 p.
- _____. l'un et l'Autre sex. Senoël, Gontheir, 1975.
- _____. Sexo e Temperamento. 3. ed. São Paulo, Perspectiva, 1988.
- MELEIS, Afaf I. Theoretical Nursing Development of Progress, Philadelphia. J. B. Lippincott Co, 1985.

- MILLMAN, S. Breast feeding in Taiwan: trend and differentials, 1966-1980. Presented at the 50th Annual Meeting of the Population Association of America, Washington, D. C., March, 26-28, 1981.
- MORRIS, L. et alii. Contraceptive prevalence surveys a new source of family planning data. Population Reports, Series M, Nº 5. Baltimore, Mariland, the Johns Hopkins University, Population Information Program, May-June, 40 p. 1981.
- MOTA, Clarice. Por uma Antropologia da Mulher. Encontros com a Civilização Brasileira nº 26, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1980. pp. 31-48.
- MOURA, E. F. A. Aleitamento ao Seio: Frequência de crianças amamentadas dentro do primeiro ano de vida. Jornal de Pediatria, 61 (1): 27-29, 1986.
- MULLER, M. The Baby Killer. London, Ed. War on Want, 1974 65 p.
- NEESON, J. D. & MAY, A. Comprehensive Maternity Nursing. Philadelphia, Lippincott Co, 1986. 1283 p.
- NEVES, Eloita P. The relationship of hospitalized individual's cognitive structure regarding health to their health self-care behaviors. Washington, 1980. 198 p. Doctoral dissertation Catholic University of America.
- _____. Reflexões acerca dos conceitos auto-cuidado e competência para o auto-cuidado. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 21 (3): 235-241, dez. 1987.
- NEVES, Eloita P. & GONÇALVES, Lucia H. T. As questões do marco teóricas nas pesquisas de enfermagem. In: ANAIS 3º SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, Florianópolis, 1984. Ed. UFSC, pp. 210-229, 1984.

NEVES, Eloita P. et alii. A teoria de Imogene King: considerações sobre sua aplicabilidade na assistência de enfermagem. Florianópolis, SC, 1983. (Mimeo.)

NEVES, Eloita P. & TRENTINI, Mercedes. A questão da aplicação de teoria, marcos conceituais na enfermagem: relato de experiência na UFSC. Florianópolis, UFSC, 1987 (mimeografo).

NEUMAN, B. The Neuman Systems model: application to nursing education and practice. Norwalk, Appleton-Century-Crofts; 1982.

NEWMAN, M. Theory development in nursing. Philadelphia, F. A. Davis Company, 1979.

NOVELINO, Aida Maria. Maternidade: um perfil idealizado, Cad. Resq., São Paulo (65): 21-29, maio 1988.

NURSING DEVELOPMENT CONFERENCE GROUP. Concept formalization in nursing: process and product. 2. ed. Boston, Little Brown, 1979, 313 p.

..... Concept formalization in nursing: process and product. 2 ed. Baston, Little Brow, 1973.

ODENT, M. Genese do homem ecológico. São Paulo, Tao Editora, 1982. 162 p.

OREM, Dorothea E. Nursing concepts of practice. 1. ed. New York, Mc Graw-Hill Book Company, 1971. 237 p.

..... Nursing concepts of practice. 2. ed. rev. New York, Mc Graw-Hill Book Company, 1980. 232 p.

..... Nursing concepts of practice. 3. ed. New York, Mc Graw-Hill Book Company, 1985. 303 p.

..... Nursing concepts of practice. 4 ed New York, Mc Graw-Hill Book Company, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Dados sobre a lactância materna, 1980-1989. Boletim of. Sanit. Panam. 108 (1) 1990.

..... Contemporary patterns of breast feeding. Ginebra: Informe sobre el estudio en colaboracion de la OMS acerca de la lactancia natural, 1981. OMS/UNICEF. Reunión Conjunta OMS/UNICEF sobre alimentación de lactentes e crianças na primeira infância em Genebra, 9-12 out. Brasília, DF, 1979. 99 p.

ORTNER, Sherry B. Está a Mulher para o Homem assim como a Natureza para a Cultura? In: ROSALDO, M. & LAMPHERE, L. A Mulher, a Cultura e a Sociedade. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979. pp. 95-120.

PARSEVAL, Geniève Delaise de. A parte do Pai. Porto Alegre. LPM, 1986, 272 p.

..... O pai impedido. In: VILAINE, A. et alii. Maternité em mouvement. Grenoble Saint Martin de Montreal, 1986, Parte 3, pp. 77 - 106.

PÉCHEVIS, Michel. Training health personnel in the área of breast-feeding. In: Assignment Children, 55/56, 1981, p.p 91 - 105.

PIZZATO, M. G. & DA POIAN, V. R. L. Enfermagem Neonatológica. 2. ed. Porto Alegre, Luzzato Ed. 1985, 162p.

PITANGUY, Jacqueline. Medicina e Bruxaria: algumas considerações sobre o saber feminino. IN: LABRA, M. e et alii. Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil. Rio de Janeiro. Ed. Vozes. 1989, p.39.

POLIT, Denise & HUNGLER, Bernadete. Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization. Philadelphia. J.B. Lippincott Company, 1989 pp 80-90.

POPULATION REPORTS. Amamentação, fecundidade e planejamento familiar. Série J. (24) nov./dez. 1982.

PORTER, R. M. et alii. The importance of odors in Mother-Infant Interactions. Maternal-Child Nursing Journal, 12 (3): 147 - 189, 1983.

PUFFER, R. R. & SERRANO, C. V. Patterns of mortality in childhood. Report of the Inter-American Investigation of Mortality in childhood. Washington, D.C., Pan American Health Organization; Sci. Publ. Washington, 1973.

RASSIN, D. et alii. Incidence of breast feeding in a low socioeconomic group of mothers in the United States, Ethnic patterns. Pediatrics, 73: 132-137, 1984.

REA, Marina Ferreira & TOMA, Tereza. Aleitamento materno em debate. Fome em debate. Programa de Estudos da Fome, NESF UnB-Brasília, D.F, Out/dez, 1989.

REA, Marina Ferreira. Substitutos do leite Materno: Passado e Presente. Rev. Saúde públ. São Paulo, 24 (3): 241 - 9, 1990.

--- REEDER, S. R. et alii. Cuidados de enfermagem durante el puerpério. In: ---. Enfermeria Materno Infantil. Trad. Luiza Contre-ras da 13. ed. inglesa. Washington, Organização Panamericana de la Salud, 1978. p. 775 - 81.

RELATÓRIO FINAL 1º ENCONTRO NACIONAL SOBRE ALOJAMENTO CONJUNTO. Brasília, Ministério da Saúde, INAN, 1982.

REMOR, A. et alii. A Teoria do Auto-Cuidado e sua aplicabilidade no Sistema Alojamento Conjunto. Rev. Bras. Enf. Brasília, 39 (213): 6 - 11, abr/set 1986.

RIBEIRO, D. O dilema da América Latina. Petrópolis, Vozes, 1983.

ROSA, F. W. & AZDURI, L. Observations on the interrelationships between contraception and breast feeding in Beirut, 1977 (Mimeografado).

ROSALDO, M. Z. A Mulher, a Cultura e a Sociedade: Uma Revisão Teórica. In: ROSALDO, M. Z. & LAMPHERE, L. Mulher, cultura e Sociedade. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979. pp. 33-65.

SALEM, Tania. A Trajetória do "casal grávido": de sua constituição à revisão de seu projeto. In: FIGUEIRA, S. (org.) Cultura da Psicanálise, São Paulo, Brasiliense, 1985. pp. 15-34.

_____. O ideário do parto sem dor: uma leitura antropológica. Rio de Janeiro. Boletim do Museu Nacional, Nova Série nº 40, pp 1-27 Agosto 1983.

SCAVONE, Lucila. As múltiplas faces da maternidade. In: Cadernos de Pesquisa. São Paulo (54): 37-49, agosto de 1985.

_____. Dar à vida e cuidar da vida: sobre maternidade e saúde. ANPOCS, 1989, mimeografado.

SANTOS, Evanguelia K. A. Aleitamento Materno. In: SCHMITZ, E. R. et alii. A enfermagem em puericultura e pediatria. Rio de Janeiro, Atheneu, 1989, Capítulo 2, pp 25-47.

_____. Instrumento de Levantamento de dados - "Assessment" para um Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno baseado na Teoria do Auto-Cuidado. Trabalho apresentado no Curso de Mestrado em Enferma-

gem da UFSC, 1988 (Mimeografado).

..... Pressupostos teórico-filosóficos do Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno da Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis-SC, 1988 (Mimeografado).

..... Comparação entre as teorias de enfermagem de Horta, King, Rogers, Roy e Drem. Rev. Paulista Enf. São Paulo, 5 (1): 3-7 Jan/mar. 1985.

..... Relatório Anual/1990 das atividades desenvolvidas pelo Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno, Florianópolis, SC. (mimeografado).

SANTOS, E. K. A & ASSIS M. A. A. Rotinas e Normas Técnicas de um Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno. Rev. Bras. Enf. Brasília. 38(2): 133-137, abril/jun. 1985.

SANTOS, E. K. A & ALMEIDA COELHO R. C. Manual da Mamãe e Papai Recentes. 4ª Edição, Florianópolis, SC, 1989.

SANTOS, E. K. A & WANDELI, R. Seminário Maternidade e Paternidade. Trabalho apresentado na disciplina Antropologia da Mulher do Curso de Mestrado em Antropologia Social da UFSC, SC, 1989/1--(mimeografado).

SHIAVO, Marcio. Aleitamento: A Corrida contra a Mamadeira. Boletim da BEMFAM, nº 135, 1985 pp 8-10.

SOUZA, Ivis E. O. Das condições de Aplicabilidade da Teoria do Auto-Cuidado em Enfermagem Obstétrica-Sondaagem junto às Puérperas de Parto Eufórico. Rio de Janeiro, UFRJ, EEAN, 1987, 173. (Dissertação de Mestrado).

- SPINDEL, C. R. O papel da sociedade no comportamento da mãe nutriz: do discurso à realidade. CEBRAP, 1987.
- STEVENS, B. J. Nursing theory: analysis, application, evaluation. Boston, Little Brown, 1979.
- TRENTINI, Mercedes. Relação entre Teoria, Pesquisa e Prática de Enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 21(2): 135-143, ago. 1987.
- UNICEF. State of the world's children. II Lifelines: Breastfeeding. Oxford, Oxford University Press, 1986.
- UYANGA, T. Rural-urban differences in child care and breastfeeding behavior in southeastern Nigeria. Social Science and Medicine, 14 D (1): 23-29, 1980.
- VARZEA, V. Santa Catarina - A Ilha. Florianópolis, Ed. Lunardelli, 1985, 240 p.
- VILAINE, A. et alii. Maternité en mouvement. Grenoble, Montreal, Ed. Saint Martin de Montreal, 1986. Parte 3, Maternité/Paternité - La question du père, pp. 106.
- VINHA, V. H. P. et alii. NALMA - NÚCLEO DE ALEITAMENTO MATERNO. Femina 12(9): 780-86, Rio de Janeiro, 1989.
- VINHA, V. H. P. Amamentação materna - Incentivo e cuidados. São Paulo, Sarvier Ed., 1983. 70p.
- VINHA, V. H. P. & SOCHI, C. G. S. Aleitamento Materno: evolução histórica. Femina 12(10): 819-23, Rio de Janeiro, 1989.
- VITIELLO, Nelson. O papel do obstetra no incentivo ao aleitamento materno. Femina 14 (4): 346-52, Rio de Janeiro, 1986.

WHITEHEAD, R. G. & PAUL, A. A. Human Lactation, Infant Feeding, and Growth; Secular Trends. In: FALKNER, F. & GRACEY, M. Nutritional needs and assessment of normal growth. Nestlé, Nutrition, Workshop, Z:85-122, 1985.

WOOD, J. W. JOHNSON, P. L. & CAMPBELL, K. L. Demographic and endocrinological aspects of low natural fertility in Highland New Guinea. Journal of Biosocial Science, 17:57-79, 1985.

WOOLERY, L. F. Self-care for the obstetrical patient - A nursing framework. JOGN Nursing, 12(1): 33-37, 1983.

WORLD HEALTH ORGANIZATION AND UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND. Background paper for the Meeting on Infant and young child feeding, Geneva, October 9-12, 1979. 71p.

WORTHINGTON - ROBERTS B. S. & TAYLOR, L. E. Orientação para mães lactantes. In: WORTHINGTON ROBERTS B. S. et alii. Nutrição na Gravidez e na lactação. Rio de Janeiro, Interamericana, 1988. p. 241-257.

WRAY, J. D. Feeding and survival: historical and contemporary studies of infant morbidity and mortality, 1979. 82p.

WYNDER, E. L. et alii. A study of the epidemiology of cancer of the breast. Cancer, 13:559, 1960.

ZIEGEL, E. E. & CRANLEY, M. S. Enfermagem obstétrica. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985. 713p.

ANEXO I

REQUISITOS DE AUTO-CUIDADO
OREM, 1980: 42-51 E 1985: 90-99

Requisitos de Auto-Cuidado Universais

1. *Manutenção de um influxo suficiente de ar*
2. *Manutenção de um influxo suficiente de água*
3. *Manutenção de um influxo suficiente de alimentos*
4. *Provisão de cuidados associados com os processos de eliminação e excreção*
5. *Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso*
6. *Manutenção do equilíbrio entre recolhimento e interação social*
7. *Prevenção de ameaças à vida, ao funcionamento e ao bem estar humano*
8. *Promoção do funcionamento e desenvolvimento dentro de grupos sociais e promoção de sua normalidade de acordo com o seu potencial humano como conhecimento de suas limitações humanas e o desejo de ser normal*

Requisitos de Auto-Cuidado de Desenvolvimento

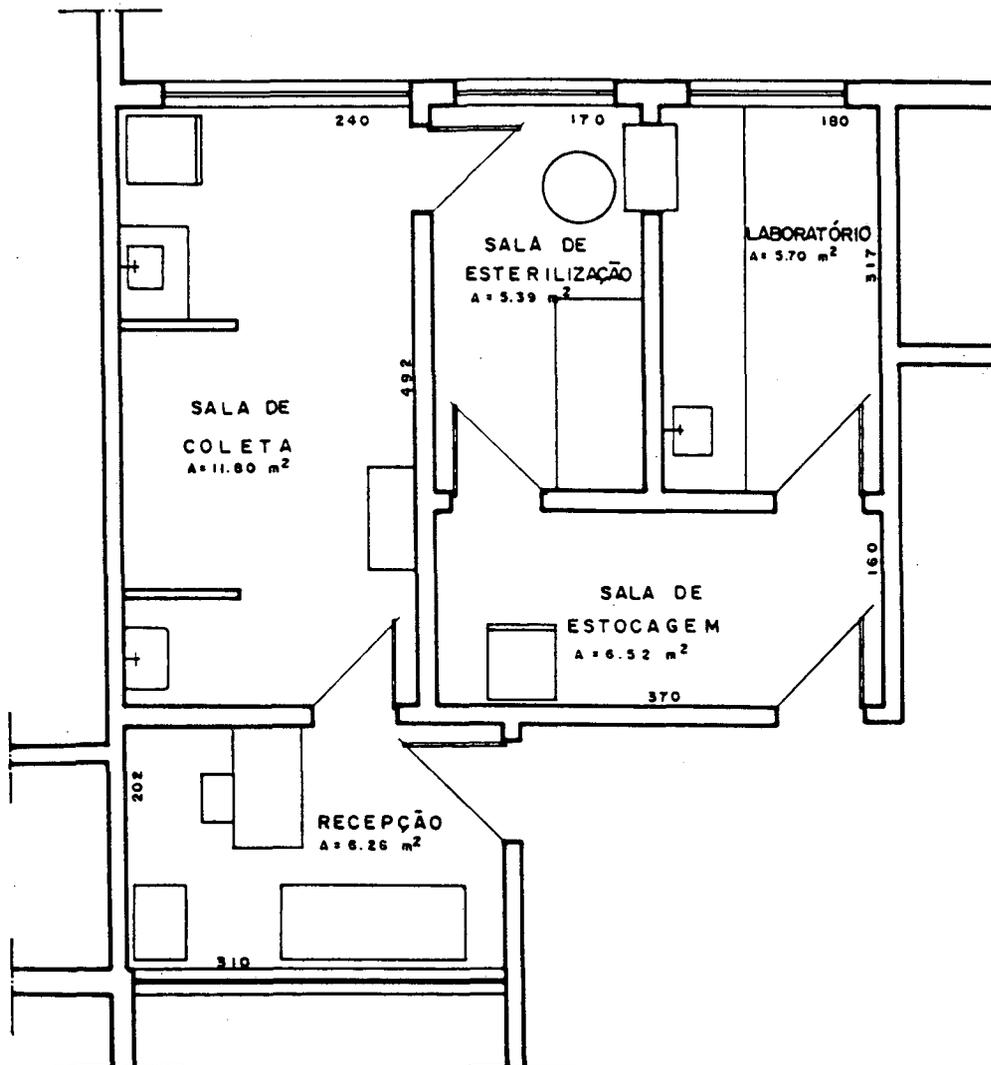
1. *Criar e manter condições de vida que suportem os processos vitais e promovam os processos de desenvolvimento isto é, progresso humano em direção a níveis mais altos da organização de estruturas humanas e com direção à maturação durante (a) os estágios intra-uterinos de vida e o processo de nascimento; (b) o estágio neonatal de vida quando nascido a termo ou em prematuridade e nascido com peso normal ou baixo peso; (c) infância; (d) os estágios desenvolvimentais da infância, incluindo; (e) entrada na fase adulta; (f) gravidez, tanto na infância como na fase adulta.*
2. *Provisão de cuidado, seja para evitar a ocorrência de efeitos deletérios de condições que podem afetar o desenvolvimento humano, seja para mitigar ou superar estes efeitos de condições, tais como: (a) privação educacional; (b) problemas de adaptação social; (c) falhas em individualização saudável; (d) perda de parentes, amigos associados; (e) perda de possesões e de segurança ocupacional; (f) mudança abrupta de residência para um ambiente não familiar; (g) problemas associados a "status"; (h) má saúde ou incapacidade; (i) condições opressivas de vida; (j) doença terminal e morte eminente.*

Requisitos de Auto-Cuidado de Desvio da Saúde

1. *buscar e assegurar assistência médica apropriada no evento de exposição e agentes físicos ou biológicos específicos, ou a condições ambientais associadas com eventos e estados patológicos humanos ou quando há evidência de condições genéticas, fisiológicas ou psicológicas que possam produzir ou estar associadas com a patologia humana.*
 2. *Estar atento a atender aos efeitos e resultados de estados e condições patológicas, incluindo efeitos sobre o desenvolvimento.*
 3. *Desempenhar efetivamente medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação medicamente prescritas, dirigidas à prevenção de tipos específicos e patologias, à patologia em si, à regulação de funcionamento integrado humano, à correção de anormalidades ou deformidades ou à compensação de incapacidades.*
 4. *Estar atento e atender ou regular os efeitos desconfortantes ou deletérios de medidas de cuidado médico desempenhadas ou prescritas pelo médico, incluindo efeitos sobre o desenvolvimento.*
 5. *Modificar o auto-conceito (e auto-imagem) para que a pessoa se aceite como estando em particular condição de saúde e necessitando de formas específicas de cuidado de saúde.*
 6. *Aprender a viver com os efeitos de condições e estados patológicos e os efeitos de medidas de diagnóstico e tratamento médico num estilo de vida que promova desenvolvimento pessoal contínuo.*
-

ANEXO II

ASSIS, M.A.A. de et al. Planejamento de banco de leite humano e central de informações sobre aleitamento materno. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 17:406-12, 1983.



ANEXO III

PROCESSO DE ENFERMAGEM

LEVANTAMENTO DE DADOS

DATA / /

I - IDENTIFICAÇÃO

NOME REGISTRO.....

LOCAL DE NASCIMENTO: ClienteCônjuge

IDADE: ClienteCônjuge

RELIGIÃO: ClienteCônjuge

ESCOLARIDADE: ClienteCônjuge

PROFISSÃO/OCUPAÇÃO: ClienteCônjuge

ORIGEM ÉTNICA: ClienteCônjuge

ESTADO CIVIL:.....Previdência:.....

PROCEDÊNCIA (LOCAL)Nº de Filhos.....

ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO

.....

PONTO DE REFERÊNCIA

TELEFONE PARA CONTATO

DATA DA ADMISSÃO NA MATERNIDADE ... / ... / ...

UNIDADE DE INTERNAÇÃO

OUTRAS OBSERVAÇÕES

.....

.....

II. REQUISITOS DE AUTO-CUIDADO (*)

(*) Instrumento adaptado dos trabalhos desenvolvidos por ALVAREZ(1987) e SANTOS (1988).

A. UNIVERSAIS	DADOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS
A.1 MANUTENÇÃO DE INFLUXO SUFICIENTE DE AR	
. padrão respiratório: tipo, frequência, características;	
. condições do sistema respiratório (normais/anormais);	
. capacidade de expansão pulmonar;	
. condições de perfusão das extremidades;	
. conhecimento dos efeitos da qualidade do ar inspirado sobre sua saúde;	
. conhecimento sobre a importância do atendimento das necessidades de oxigenação;	
. conhecimento sobre alterações respiratórias no período puerperal (retorno ao funcionamento normal);	
. conhecimento de medidas de prevenção para distúrbios respiratórios;	
. nível de motivação para atender as necessidades de oxigenação;	
. hábitos e vícios que interferem na respiração;	
. qualidade do ar inspirado;	
. conhecimento dos efeitos maléficos do fumo sobre sua saúde, saúde do bebê e sobre a lactação;	
. fatores poluentes do meio ambiente;	
. influências ambientais (sócio-culturais) que interferem nos hábitos e comportamentos relacionados ao sistema respiratório;	
A.2 MANUTENÇÃO DE INFLUXO SUFICIENTE DE ÁGUA	
. padrão de ingestão líquida nas 24 horas: quantidade e qualidade dos líquidos ingeridos por dia;	
. líquidos preferidos;	
. líquidos rejeitados;	
. condições de hidratação da pele e mucosas (inspeção);	
. conhecimento sobre a importância do atendimento das necessidades de ingestão hídrica;	
. conhecimento sobre a relação entre quantidade de ingestão líquida x produção láctea;	
. conhecimento sobre o efeito galactógeno de determinadas ervas (algodoeiro, funcho, erva doce);	

-
- . nível de motivação para o atendimento das necessidades de ingestão hídrica;
 - . fatores ambientais que interferem nos hábitos de ingestão hídrica;

A.3 MANUTENÇÃO DE INFLUXO SUFICIENTE DE ALIMENTOS

- . história dietética: padrão de ingestão alimentar diário (individual/familiar): manhã, meio-dia, tarde, noite;
- . alimentos preferidos e rejeitados;
- . indicadores antropométricos:**
soma das pregas tricipital e escapular; circunferência média do braço;
- . peso (último mês gestação);
- . peso atual; relação peso/idade/sexo;
- . condições de deglutição, mastigação, arcada dentária, cavidade oral;
- . conhecimento sobre os alimentos como fontes de nutrientes (grupos) e dos nutrientes necessários para o corpo;
- . conhecimento sobre a existência de programas de auxílio nutricional na comunidade;
- . conhecimento sobre o papel da nutrição sobre a lactação, saúde e bem estar;
- . conhecimento sobre a relação entre a qualidade e quantidade de ingestão alimentar e lactação;
- . nível de motivação para o atendimento das necessidades nutricionais;
- . fatores ambientais que interferem no padrão de ingestão alimentar: hábitos e tabus relacionados com a alimentação, facilidades e limitações para uma alimentação adequada.

A.4 PROVISÃO DE CUIDADOS ASSOCIADOS COM OS PROCESSOS DE ELIMINAÇÃO E EXCREÇÃO

- . padrão de eliminação intestinal: frequência, horário, características;
- . presença intestinal (obstipação, hemorroides, flatulência, incontinência);
- . padrão de eliminação urinária: frequência, quantidade, características: cor, odor, aspecto;
- . presença de alterações no padrão de eliminação urinária (disúria, retenção, incontinência, infecção);
- . conhecimento sobre os cuidados relacionados com os problemas de eliminação e excreção;
- . conhecimento sobre a importância da ingestão alimentar e hídrica em relação às eliminações;

* Dados sugeridos por BATISTA DA SILVA (1986)

-
- . conhecimento da importância dos hábitos higiênicos relacionados com os processos de eliminação e excreção;
 - . nível de motivação para atender as necessidades de eliminação e excreção;
 - . fatores ambientais que interferem nos processos de eliminação e excreção;
 - . hábitos de higiene relacionados aos processos de eliminação e excreção;

A.5 MANUTENÇÃO DE EQUILÍBRIO ENTRE ATIVIDADE E REPOUSO

- . tipo e ritmo de atividade desenvolvida pelo casal diariamente na esfera pública e esfera doméstica (física, intelectual, familiar, social, cultural, religiosa); descrição do modo de vida relatando o dia do homem, da mulher e demais integrantes da família;
- . hábitos relacionados ao sono e repouso: horas de sono (quantidade/qualidade);
- . para a mulher que trabalha só na esfera doméstica:
 - . já trabalhou na esfera pública antes? Se trabalhou, relato da trajetória;
 - . para o homem e a mulher que trabalham na esfera pública - quando começaram (idade), motivo e relato da trajetória;
 - . o trabalho da mulher - como é visto: pelo homem pela mulher;
 - . a divisão do trabalho doméstico - papéis feminino e masculino;
 - . sistema de apoio nas atividades domésticas;
 - . a atividade mais difícil de realizar (para o homem, para a mulher);
 - . nível de motivação para estabelecer e manter equilíbrio entre atividade e repouso;
 - . reconhecimento da necessidade de estabelecer e manter equilíbrio entre atividade e repouso.
 - . fatores ambientais que interferem no atendimento da necessidade de estabelecer equilíbrio entre atividade e repouso.

A.6 MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO RECOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO SOCIAL

- . situação econômica da família de origem (do homem e da mulher);
 - . concepção de família;
 - . constelação familiar: quantos moram em sua casa? tem alguém que lhe é mais amigo, com qual se identifica melhor? Com quem deixaria seus filhos se tivesse que se ausentar de casa?
 - . tipo de relação com a família de origem;
 - . participação em atividades comunitárias, de lazer e recreação;
-

-
- . suporte social de apoio (familiar, comunidade, equipe de saúde, outros);
 - . conhecimento da necessidade de estabelecer equilíbrio entre recolhimento e interação social;
 - . Nível de motivação para estabelecer e manter equilíbrio entre recolhimento e interação social

A.7 PROMOÇÃO DO FUNCIONAMENTO E DESENVOLVIMENTO

NORMAIS

- . aspecto geral;
- . sinais vitais;
- . peso/altura;
- . funcionamento dos sistemas cardiovascular, respiratório, músculo esquelético, reprodutor;
- . órgão dos sentidos;
- . utilização dos serviços de saúde no sentido de promover o funcionamento e desenvolvimento normais;
- . conhecimento dos fatores e co-fatores de risco para tumores ginecológicos, pele e cavidade oral.
- . nível de motivação para atender as necessidades de funcionamento e desenvolvimento normais;
- . hábitos tabagistas e etilistas;
- . alergias

A.8 PREVENÇÃO DE RISCOS À VIDA, AO FUNCIONAMENTO E BEM ESTAR

(dados a serem obtidos na visita domiciliar)

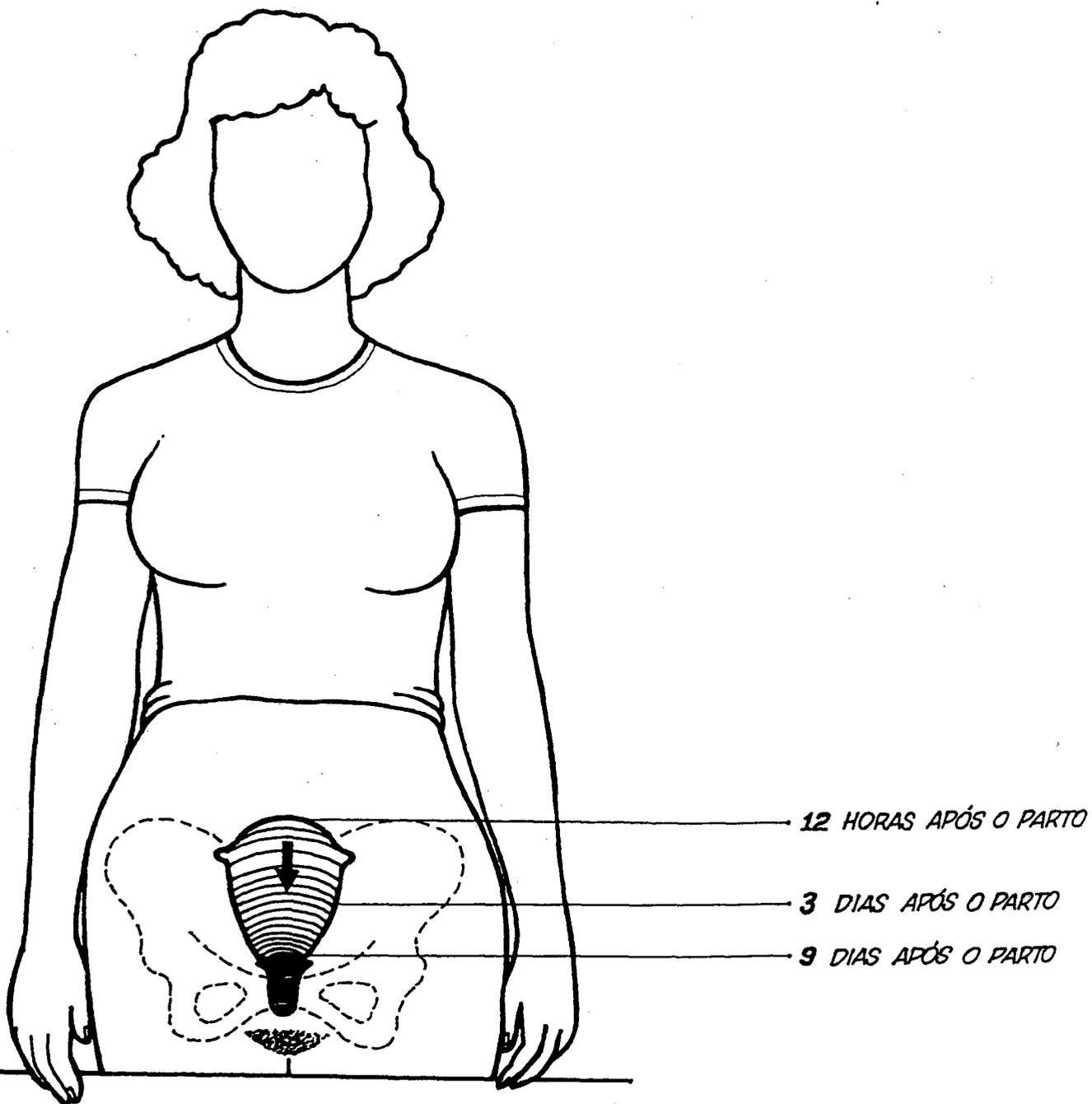
- . condições habitacionais:
 - localização, tipo de construção, número de cômodos, condições físicas, localização geográfica, rede de água, rede elétrica, instalações sanitárias, eletrodomésticas, condições higiênicas, presença de animais domésticos, meios de comunicação e transporte, própria/alugada, legal/ilegal.
 - . descrição do ambiente físico;
 - . condições ambientais (domicílio, maternidade e trabalho). - temperatura, aeração, iluminação, umidade, "sol", poluição ambiental, clima;
 - . utilização dos serviços de saúde no sentido de prevenir riscos à vida, à saúde e ao bem estar
 - . condições sócio-econômicas: fontes de renda familiar; é suficiente para atender as necessidades pessoais e da família?
 - . conhecimento sobre a necessidade de adotar medidas de prevenção para situações de risco à vida, ao funcionamento e bem estar;
 - . participação na vida social: familiar, grupos, cooperativas, associações religiosas, políticas, culturais e esportivas.
-

B. DE DESENVOLVIMENTO	DADOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS
B.1 SUPORTE AOS PROCESSOS VITAIS E DE DESENVOLVIMENTO	
B.1.1. ASPECTOS RELATIVOS À HISTÓRIA OBSTÉTRICA	
(gestação, parto e puerpério)	
. número de gestação anteriores;	
. número e idade dos filhos;	
. abortos: número e tipo(espontâneo, provocado)	
Gestação atual:	
. esta gravidez foi desejada e planejada?	
. fez pré-natal? Número de consultas?	
. utilizou algum medicamento ou droga na gravidez? Qual?	
. apresentou alguma doença na gravidez? Qual?	
. fez uso de cigarro na gravidez? Quantos por dia?	
. preparou os seios no pré-natal? tipo de preparo?	
. recebeu informações no pré-natal sobre como preparar o seio para amamentar?	
. durante a gravidez pensou na forma como iria alimentar seu filho? Poderia citá-la?	
Parto	
. tipo de parto:	
. data/hora; Idade gestacional; condições do RN(exame físico), intercorrências maternas; intercorrências com o RN;	
. como se sentiu no momento do parto?	
. experiência anteriores.	
Puerpério	
(a) Aspectos Físicos:	
Além dos incluídos nos requisitos de A-C universais, são incluídos os fenômenos progressivos e regressivos do puerpério, modificações gerais e locais no organismo materno:	
. involução uterina;	
. incisão perineal e/ou abdominal;	
. lactação, tensão da glândula -mamária, tipo de mamilo(protruso, semi-protruso, plano, invertido);	
. vulva;	
. vagina;	
. intercorrência clínicas (materna e do RN);	
. retorno para avaliação fenômenos puerperais;	

-
- (b) Aspectos motivacionais |
- . por que procurou o BLM e CIAM? |
 - . como se sente? gosta de si mesma? |
 - . tem interesse pelo funcionamento do seu corpo? |
 - . o que acha deste período(puerpério/resguardo)? |
 - . o que sabe sobre ele? |
 - . quais são suas expectativas com relação ao pessoal do BLM e CIAM? |
 - . o que acha da amamentação? Você gosta de suas mamas? |
 - . foi amamentada? quanto tempo? |
 - . já amamentou outros filhos? Quanto tempo cada um? O que levou você a amamentar ou não? |
 - . acha que é capaz de amamentar seu filho? |
 - . de quem recebe apoio para amamentar? |
 - . pretende amamentar? O que a levou a tomar a decisão? |
 - . quem na sua opinião é o (a) responsável pelo seu sucesso na amamentação? |
 - . quem poderá ajudá-la em caso de necessidade? |
 - . no seu trabalho é incentivado à amamentação? Como? |
 - . enfrenta obstáculos ou dificuldades para amamentar? Quais? |
- (c) Aspectos cognitivos |
- . o que pensa sobre as mamas? |
 - . para que acha que servem? |
 - . o que sabe sobre a estrutura interna (como é a mama por dentro) e funcionamento da glândula mamária? |
 - . quais são suas crenças, costumes e tradições com relação à amamentação? |
 - . na sua família as mulheres amamentam seus filhos? Elas interferem na sua decisão em amamentar? |
 - . o que seu esposo pensa da amamentação? |
 - . o que sabe (simpatias, remédios caseiros) e o que faz para prevenir e tratar problemas (peito empedrado, calor do figo, falta de leite, mastite, zipra e outros), no período da lactação? |
 - . se tiver que retirar excesso de leite do peito sabe como fazê-lo? |
 - . que tipo de informações e orientações recebeu ou tem recebido, quanto à amamentação? |
-

	<ul style="list-style-type: none"> . sabe o que é colostro? . quais as vantagens do leite materno para a saúde do seu filho? . até quanto tempo acha que é importante amamentar seu filho? . em caso de necessidade gostaria de aprender a cuidar-se para obter sucesso na amamentação? 	
C. DE DESVIOS DE SAÚDE		DADOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS
	<ul style="list-style-type: none"> . o que significa para você saúde e doença? . como você cuida de si e de seus filhos? . procura os serviços de saúde? . com que frequência? . faz exame preventivo de cancer de colo uterino periodicamente? Qual a frequência? . faz auto-exame da mama? Quando, como, frequência. . que recursos e medidas têm utilizado para manter e recuperar sua saúde e do RN? . faz planejamento familiar? . qual o método anticoncepcional adotado? Quais os conhecidos? . reconhece a importância da amamentação para a saúde do seu filho? . vacina seu filho? . realização de exames-triagem BLH e CIAM - sorologia para Lues, detecção de anticorpos para HIV e hepatite B. 	

ANEXO IV



INVOLUÇÃO UTERINA